

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ : "Νοσηλευτική διεργασία σε ασθενείς με καρκίνο παχέος
εντέρου "

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ : ΙΜΠΡΑΗΜ ΙΣΣΑΜ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

Π Α Τ Ρ Α

ΟΚΤΩΜΒΡΙΟΣ 1993



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

7805

Α Φ Ι Ε Ρ Ω Σ Η

Την εργασία αυτή την αφιερώνω στους γονείς μου που αν και βρίσκονται πολύ μακριά, μου συμπαραστάθηκαν με κάθε τρόπο όλα αυτά τα χρόνια των σπουδών μου.

Επίσης στο εκπαιδευτικό προσωπικό της νοσηλευτικής σχολής Τ.Ε.Ι. Πατρών που κουράζεται και μοχθεί να εκπαιδεύσει καταρτισμένους και ευσυνείδητους νοσηλευτές-τριες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αυξάνεται στην Ελλάδα συνέχεια και τείνει να φτάσει στα υψηλά επίπεδα που παρατηρούνται σε άλλες χώρες.

Στην εργασία μου αυτή θα ασχοληθώ γενικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου και την αντιμετώπισή του αλλά και με την πρωϊμη διάγνωσή του και πρόληψή του.

Εχοντας συνειδητοποιήσει το ρόλο μου στην πρόληψη, θα προσπαθήσω μέσα από την εργασία να παρουσιάσω τρόπους και προγράμματα πρόληψης και διάγνωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Επίσης θα αναφέρω το ρόλο του Νοσηλευτή στην πρωϊμη διάγνωση και πως μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη του ακόμα και μέσα από την κοινότητα, την οικογένεια και το σχολείο.

Εξάλλου ένας από τους κυριότερους σκοπούς της Νοσηλευτικής είναι η πρόληψη της αρρώστιας και όχι η αρρώστια.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο έχει μήκος περίπου 1,3 μέτρα και αποτελεί την τελική μοίρα του εντερικού σωλήνα. Αρχίζει από το δεξιό βόθρο με την ειλεοτυφλική βαλβίδα και καταλήγει στον πρωκτικό δακτύλιο. Σ' αυτό αθροίζονται οι άχρηστες ουσίες που δεν απορροφώνται από το λεπτό έντερο. Το τοίχωμά του αποτελείται από 4 χιτώνες, οι οποίοι από έξω προς τα μέσα είναι οι εξής:

- α) Ο ορογόνοσ χιτώνας, που προέρχεται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου.
- β) Ο μυϊκός χιτώνας, που αποτελείται από δύο στοιβάδες λείων μυϊκών ινών, την έξω επιμήκη και την έσω κυκλοτερή. Με την ενέργεια του μυϊκού χιτώνα γίνονται οι περισταλτικές και οι αντιπερισταλτικές κινήσεις του παχέος εντέρου.
- γ) Ο υποβλεννογόνοσ χιτώνας, που αποτελείται από χαλαρό συνθετικό ιστό.
- δ) Ο βλεννογόνοσ, ο οποίος εμφανίζει επιθήλιο μονόστιβο κυλινδρικό με άφθονα κολυκοειδή κύτταρα, χόριο με μονήρη λεμφοζίθια, αδένες και βλεννογονιομυϊκή στοιβάδα.

Στο παχύ έντερο μπορούμε να διακρίνουμε τα εξής τμήματα:

- 1) το τυφλό, 2) το κόλον (το ανιόν, το εγκάρσιο, το κατιόν, το σιγμοειδές), 3) το απευθυσμένο.

Το τυφλό, από το οποίο κρέμεται, η σκωληκοειδής απόφυση, εμφανίζεται σαν διευρυσμένος θύλακας του εντέρου. Μετά το τυφλό ακολουθεί το κόλο, το οποίο περιβάλλει σαν πλαίσιο τις έλικες του λεπτού εντέρου. Το ανιόν κόλο πορεύεται δεξιά προς τα άνω μέχρι το ήπαρ, όπου σχηματίζει τη δεξιά κολική ή ηπατική καμπή. Στη συνέχεια το εγκάρσιο κόλο, πορεύεται τοξοειδώς προς

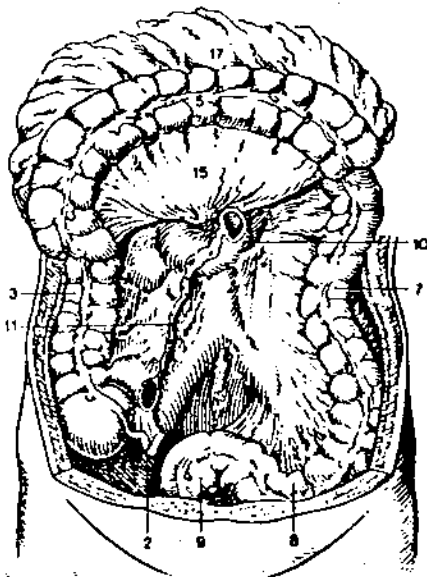
τα αριστερά μέχρι το αριστερό άνω τμήμα της κοιλιάς, όπου κατά τον πόλο του σωλήνα, σχηματίζει την αριστερή κολική καμπή και μεταβαίνει στο κατιόν κόλο. Το κατιόν κόλο πορεύεται προς τα κάτω και πίσω, κατά μήκος του αριστερού πλάγιου της κοιλιακής χώρας.

Η πρόσφυση του αριστερού κολικού συνδέσμου, ο φρενοκολικός σύνδεσμος, αποτελεί το έδαφος του χώρου που κατασκηνώνει ο σωλήνας.

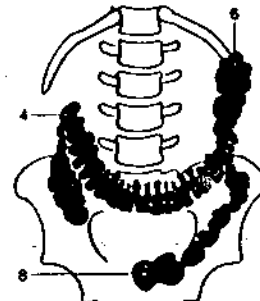
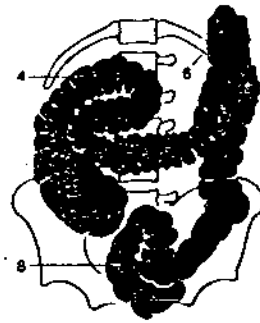
Η αριστερή κολική καμπή, η οποία αποτελεί απότομη καμπή παριστά εμπόδιο στη διέλευση του περιεχομένου και απαιτείται μεγαλύτερη περισταλτικότητα για να κινηθεί.

Το κατιόν κόλο μεταβαίνει στο σιγματοειδές κόλο, που πορεύεται αρχικά στον αριστερό λαγόνιο βόθρο και μετά εισέρχεται στην ελάσσονα πύελο σχηματίζοντας αγκύλη σαν "S".

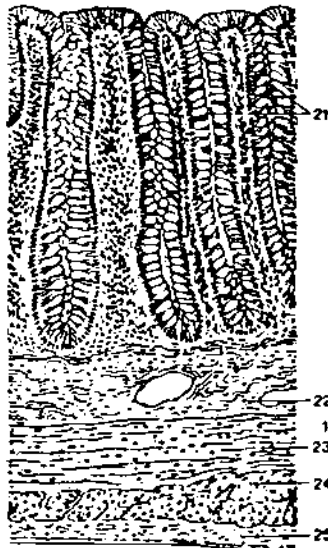
Στο ύψος του δεύτερου-τρίτου ιερού σπονδύλου μεταβαίνει στο ορθό ή απευθυσμένο που καταλήγει στον πρωκτό.



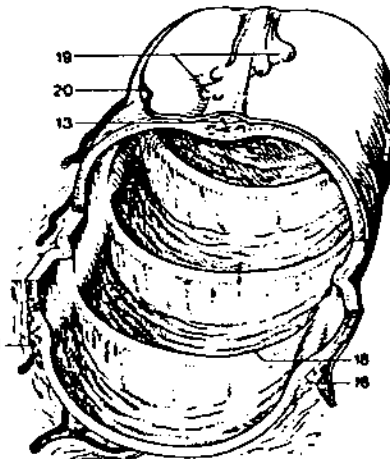
Α Θέση του παχέος εντέρου



Β Ακτινογραφία του παχέος εντέρου άνω, γεμάτου κάτω μετά την εισαγωγή του (κατά Töndury)



Γ Τομή του τοιχώματος του παχέος εντέρου



Δ Ανών κόλο, ανοιχμένο μερικώς

Εξετάζοντας την εξωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου, παρατηρούμε ότι διαφέρει από τη λεία και στιλπνή εξωτερική επιφάνεια του λεπτού εντέρου. Στην εξωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου υπάρχουν:

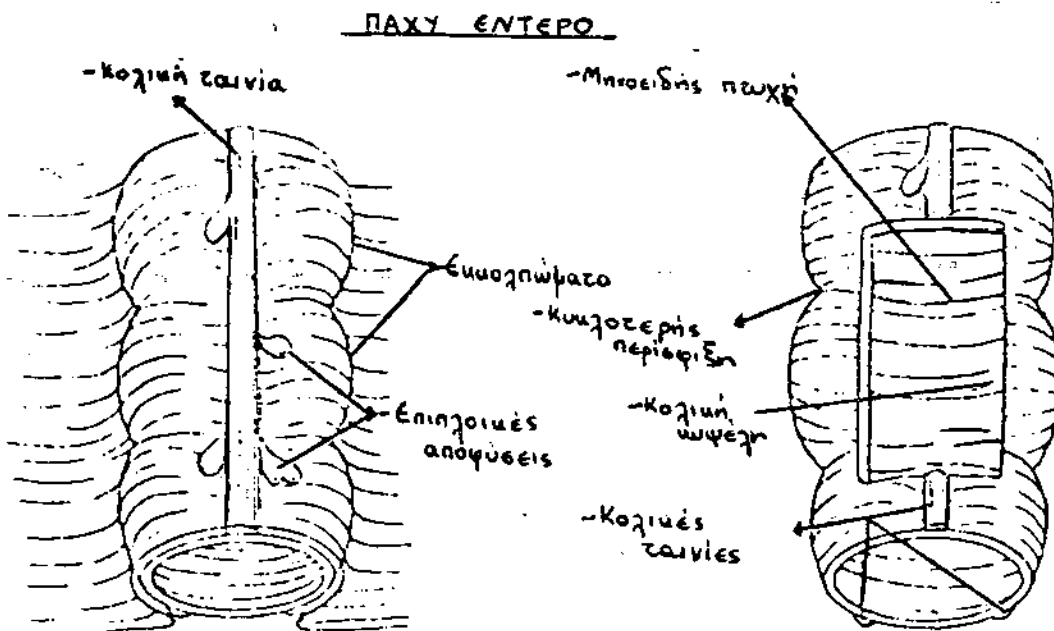
α) Οι κολικές ταινίες, οι οποίες είναι τρεις, σχηματίζονται από πάχυνση της επιμήκου μυϊκής στοιβάδας και έχουν πλάτος 1cm η κάθε μία.

Αρχίζουν από τη βάση της σκωληκοειδούς απόφυσης, στο σιγμοειδές λιγαστεύουν σε δύο και στο απευθυσμένο εξαφανίζονται. Διακρίνουμε την ελεύθερη ταινία, που στρέφεται προς την περιτοναϊκή κοιλότητα, την επιπλοϊκή ταινία που συμφύεται προς το επίπλουν και την μεσοκολική ταινία που συμφύεται προς το μεσόκολο.

β) Τα εκκολπώματα, τα οποία είναι σακκοειδή ανευρίσματα του τοιχώματος του παχέος εντέρου και χωρίζονται μεταξύ τους με κυκλωτερείς περισφίξεις.

γ) Οι επιπλοϊκές αποφύσεις, οι οποίες είναι λιπώδεις προσεκβολές του περιτοναίου, κατά μήκος της ελεύθερης και της επιπλοϊκής κολικής ταινίας.

Στην εσωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου διαγράφονται οι κολικές ταινίες. Στα εξωτερικά εκκολπώματα, αντιστοιχούν κοιλότητες που λέγονται κολικές κυψέλες, ενώ στις εξωτερικές κυκλωτερείς περισφίξεις, αντιστοιχούν εσωτερικά οι μηννοειδείς πτυχές.



Περιτόναιο· το ανιόν και το κατιόν κόλο βρίσκονται οπισθο-περιτοναϊκά, γιατί καλύπτονται από περιτόναιο μόνο από μπροστά και από τα πλάγια. Το οπίσθιο τοίχωμά τους εφάπτεται στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Το τυφλό τις πιά πολλές φορές περιβάλεται εξ' ολοκλήρου από περιτόναιο και εφάπτεται στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Η σκωληκοειδής απόφυση, το εγκάρσιο κόλο και το σιγματοειδές βρίσκονται μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, περιβαλλόμενα από περιτόναιο που λέγεται αντίστοιχα μεσεντερίδιο της σκωληκοειδούς εγκάρσιο μεσάκολο και μεσοσιγμοειδές. Το ορθό μόνο κατά το άνω τμήμα του καλύπτεται από μπροστά με περιτόναιο, ενώ το υπόλοιπο βρίσκεται στον υποπεριτοναϊκό χώρο.

Βλεννογόνος. Στο παχύ έντερο δεν υπάρχουν λάχνες. Οι κρύπτες είναι πολύ πυκνές και βαθιές. Το επιθήλιο των κρυπτών, αποτελείται σχεδόν εξ' ολοκλήρου από λαγηνοειδή κύτταρα που παράγουν βλέννα. Το υπόλοιπο επιθήλιο εμφανίζει ψυκτροειδή παρυφή από μικρολάχνες και γι' αυτό έχει τεράστια απορροφητική ικανότητα νερού. Υπάρχουν επίσης και μονήρη λεμφιζίθια.

Το τυφλό έντερο είναι η πρώτη μοίρα του παχέος εντέρου και βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Αρχίζει τυφλά και τελειώνει στο ύψος της ειλεοκολικής βαλβίδας. Το μήκος του τυφλού εντέρου είναι περίπου 6 cm, το πλάτος 7,5 cm, η δε χωρητικότητά του 100-150 GR. Το τυφλό περιβάλλεται συνήθως από περιτόναιο και κρέμεται από μια περιτοναϊκή πτυχή που λέγεται μεσότυφλο. Στην εξωτερική επιφάνεια, του τυφλού θα παρατηρήσουμε: α) εκκολπώματα, β) τρεις κολικές ταινίες, γ) την έκφυση της σκωληκοειδούς απόφυσης, δ) την έμφυση του ειλεού. Επιπλοϊκές αποφύσεις δεν υπάρχουν στο τυφλό.

Στην εσωτερική επιφάνεια του τυφλού θα παρατηρήσουμε:

α) κολικές κυψέλες, β) μηνοειδείς πτυχές, γ) το στόμιο της σκωληκοειδούς απόφυσης και δ) την ειλεοκολική βαλβίδα.

Η ειλεοκολική βαλβίδα, η οποία εμφανίζει πρόσθιο και οπίσθιο χαλινό, αποτρέπει την παλινδρόμηση του περιεχομένου του παχέος εντέρου προς το λεπτό, εμποδίζοντας έτσι την είσοδο μικροβίων που φυσιολογικά υπάρχουν στο κόλο.

Πριν την βαλβίδα και για αρκετά εκατοστόμετρα, ο μυϊκός χιτώνας του ειλεού παχύνεται και σχηματίζει τον σφιγκτήρα του ειλεού.

Η σκωληκοειδής απόφυση, η οποία βρίσκεται περίπου 2 cm κάτω από το στόμιο της ειλεοτυφλικής βαλβίδας, έχει μήκος 2-30 cm (συνήθως 8 cm) και διάμετρο 0,5-1cm. Η βάση της βρίσκεται στην κοινή αρχή των τριών κολικών ταινιών. Περιβάλλεται από περιτόναιο και κρέμεται από μια περιτοναϊκή πτυχή, που λέγεται μεσεντερίδιο. Η θέση της ποικίλει σε σχέση προς το τυφλό: συνηθέστερα τη βρίσκουμε πίσω από το τυφλό (οπισθοτυφλική, 65% των περιπτώσεων), ή μέσα στην πύελο (λαγονοπυελική, 31%). Έχει όλους τους χιτώνες του παχέος εντέρου, ενώ ο βλεννογόνος της χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη πολλών λεμφοζιδίων, που συχνά καταλαμβάνουν και τον υποβλεννογόνιο χιτώνα, γι' αυτό και θεωρείται περισσότερο μέρος του λεμφοποιητικού συστήματος, παρά του πεπτικού.

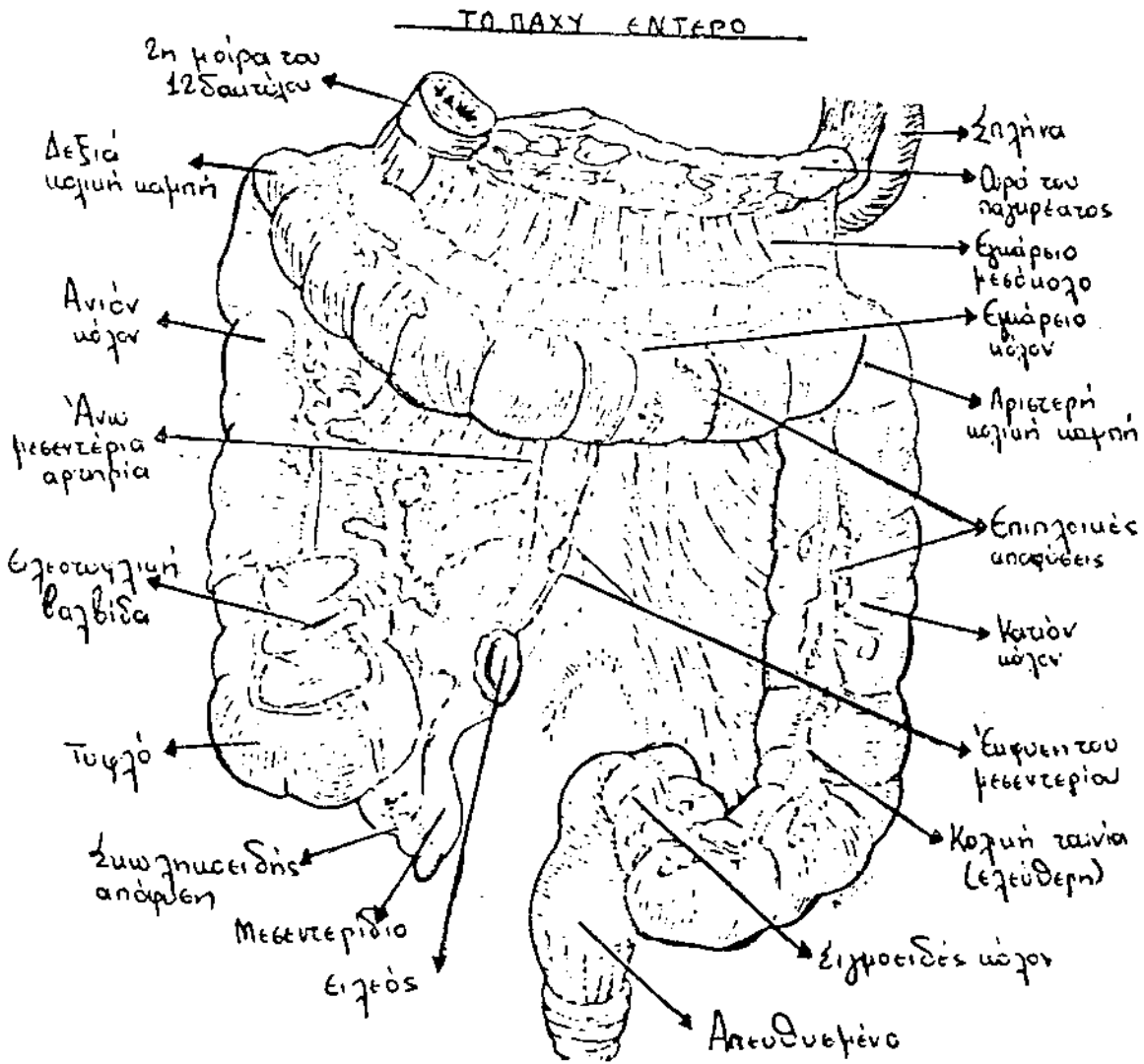
Το ορθό έχει σχήμα S και μήκος 15-20cm. Αρχικά παρακολουθεί το κοίλο του ιερού οστού, ιερή καμπή και μετά, στο ύψος του κόκκυγα στρέφεται προς τα πίσω και περνάει διά μέσου του πυελικού εδάφους, περινεϊκή καμπή. Τελικά σχηματίζει τον πρωκτικό σωλήνα και καταλήγει στον πρωκτό. Το ορθό δεν έχει εκκολπώματα ούτε κολικές ταινίες και επομένως η επιμήκης μυϊκή

στοιβάδα του είναι συνεχής. Το άνω τριτημόριο του ορθού είναι πιά διευρυσμένο και αποτελεί τη λήκυθο του ορθού (καπροδόχος). Κάτω από τη λήκυθο, στο εσωτερικό του ορθού, υπάρχουν τρεις σταθερές εγκάρσιες πτυχές η άνω, η μέση και η κάτω από τις οποίες η άνω και η κάτω είναι μικρότερες και βρίσκονται αριστερά, ενώ η μέση είναι μεγαλύτερη, βρίσκεται δεξιά και λέγεται πτυχή ή βαλβίδα του KHROUSH. Η αποστάσή της από τον πρωκτό είναι 5-8 cm.

Ο πρωκτικός σωλήνας στα δύο κατώτερα τριτημόριά του, καλύπτεται με λεπτό, ελαφρά κερατινοποιημένο δέρμα, με πλούσια αισθητική νεύρωση, που συνεχίζεται με το υπόλοιπο δέρμα της γύρω περιοχής, το οποίο έχει κερατινοποιημένη επιδερμίδα με τρίχες, ιδρωτοποιούς και σμηγματογόννους αδένες.

Ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου φτάνει μέχρι το άνω τριτημόριο του πρωκτικού σωλήνα. Αυτή η ζώνη παρουσιάζει 6-10 επιμήκειες πτυχές, τους πρωκτικούς στύλους, οι οποίοι στο κάτω μέρος τους συνδέονται με οριζόντιες πτυχές. Υπόθεμα των πρωκτικών στύλων αποτελούν η άνω αιμοροϊδική αρτηρία και φλέβα. Οι πρωκτικοί στύλοι μπορούν να θεωρηθούν σαν σφραγγώδες σώμα, το οποίο συμβάλλει στο σύγκλιση του πρωκτού.

Ο πρωκτικός σωλήνας κλείνεται ενεργητικά με λείες μυϊκές ίνες, τον έσω τον σφιγκτήρα μυ του πρωκτού, που αποτελεί πάχυνση της κυκλοτερούς μυϊκής στοιβάδας του ορθού, και με γραμμωτές μυϊκές ίνες, τον έξω σφιγκτήρα του πρωκτού. Πάνω από τον έξω και τον έσω σφιγκτήρα του πρωκτού φέρεται ο ηβοφθικός μυς που αποτελεί το σημαντικότερο μυ του σφιγκτηριακού μηχανισμού σύγκλισης του πρωκτού. Βλάβη του ηβοφθικού μυός οδηγεί σε σοβαρότερης ακράτεια από ότι η βλάβη άλλου σφιγκτήρα μυός.



Αγγείωση και νεύρωση του παχέος εντέρου

Αρτηρίες

Η ειλεοτυφλική περιοχή και μέχρι το δεξιό ήμισυ του εγκάρσιου κόλου αρδεύεται από την άνω μεσεντέριο αρτηρία (ειλεοκολική, δεξιά κοιλική και κλάδοι της μέσης κοιλικής αρτηρίας). Το αριστερό ήμισυ του εγκάρσιου κόλου μέχρι το ορθό αιματώνεται από την κάτω μεσεντέριο αρτηρία (αριστερή κοιλική, σιγμοειδή και κλάδοι της άνω αιμορροϊδικής αρτηρίας). Ολοι αυτοί οι κλάδοι των αρτηριών αναστομώνονται και σχηματίζουν αρτηριακά τό-

ξα.

Φλέβες

Οι φλέβες του παχέος εντέρου συνοδεύουν τις αρτηρίες και εκβάλλουν στην πυλαία φλέβα. Η φλέβα του ανωτέρου τμήματος του ορθού, η άνω αιμορροϊδική φλέβα, εκβάλλει στην πυλαία. Αυτή εξ' άλλου αναστομώνεται και με την μέση και κάτω αιμορροϊδική φλέβα. Οι δύο τελευταίες εκβάλλουν στην κάτω κοίλη φλέβα και επομένως δημιουργείται μια πυλαιοκοιλιακή φλεβική επικοινωνία.

Λεμφικό σύστημα

Τα λεμφογάγγλια του παχέος εντέρου είναι:

- α) Επικολικό
- β) Παρακολικό
- γ) Ενδιάμεσα, κατά μήκος των αρτηριακών κλάδων
- δ) Λεμφογάγγλια γύρω από τα στελέχη της άνω και κάτω μεσεντερίου αρτηρίας.

Η αποχέτευση της λέμφου του ορθού γίνεται με τα βουβωνικά λεμφογάγγλια.

Νεύρα

Το παχύ έντερο νευρώνεται από συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες. Οι συμπαθητικές ίνες μέχρι το μέσο του εγκάρσιου κόλου, προέρχονται από σπλαχνικά νεύρα, μέσω του κοιλιακού και μεσεντερίου πλέγματος, ενώ του υπόλοιπου τμήματος από το οσφυϊκό συμπαθητικό, μέσω του κάτω μεσεντερίου και υπογαστρικού ή προΐερού πλέγματος.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι:

- α) η απορρόφηση νερού και ηλεκτρολυτών από το χυμό και
- β) η εναποθήκευση του κοπρανώδους υλικού ώσπου να γίνει δυνατή η εξώθησή του.

Επειδή γι' αυτές τις λειτουργίες δεν απαιτούνται έντονες κινήσεις, φυσιολογικά οι κινήσεις του κόλου είναι βραδείες. Ωστόσο, ακόμη και βραδείες έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια μ' αυτά των κινήσεων του λεπτού εντέρου και μπορούν επίσης να διακριθούν σε κινήσεις ανάμιξης και προώθησης.

Κινήσεις ανάμιξης - Κολικές κυψέλες

Όπως στο λεπτό έντερο παρατηρούνται κινήσεις τμηματικές, έτσι και στο παχύ παρατηρούνται μεγάλες κυκλικές συστολές. Σε καθένα από αυτά τα σημεία συστολής συσπάται η κυκλική μυϊκή στοιβάδα, μερικές φορές προκαλώντας στένωση του αυλού του κόλου ως την πλήρη απόφραξη. Ταυτόχρονα συστέλλεται και η επιμήκης μυϊκή στοιβάδα του κόλου, που είναι κατανεμημένη σε τρεις επιμήκεις μυϊκές ταινίες, τις κολικές ταινίες.

Οι συνδυασμένες συστολές της κυκλικής στοιβάδας και των επιμήκων ταινιών των λείων μυών του κόλου, έχουν ως αποτέλεσμα την προβολή των ανερέθιστων περιοχών του, με τη μορφή σακκοειδών εγκολαύσεων, που ονομάζονται κολικές κυψέλες.

Οι συστολές των κυψελών συνήθως φθάνουν στη μεγαλύτερή τους ένταση σε 30 δευτερόλεπτα από τη στιγμή που θα αρχίσουν και μετά εξαφανίζονται μέσα στα επόμενα 60 δευτερόλεπτα.

Μετά από λίγα ακόμα λεπτά παρουσιάζονται νέες συστολές των κολικών κυψελών, σε γειτονικές θέσεις. Έτσι το κοπρανώδες πε-

ριεχόμενο του παχέος εντέρου ανακατεύεται. Μ' αυτό τον τρόπο, όλη η ποσότητα της κοπρανώδους μάζας εκτίθενται βαθμιαία στη βλεννογόνια επιφάνεια του παχέος εντέρου και το υγρό της μέρος απορροφάται προοδευτικά, ώσπου από τα 800 ml της ημερήσιας ποσότητας του χυμού να βγούν στα κόπρανα μόνο 50-150ml.

Κινήσεις προώθησης - Μαζικές κινήσεις

Στο παχύ έντερο δεν παρατηρούνται περισταλτικά κύματα του τύπου του λεπτού εντέρου. Αντίθετα, το κοπρανώδες περιεχόμενό του προωθείται προς τον πρωκτό με ένα άλλο τύπο κινήσεων, τις λεγόμενες μαζικές κινήσεις, οι οποίες εμφανίζονται μερικές φορές τη μέρα και πίο πολύ για 15 περίπου λεπτά στο διάστημα της πρώτης ώρας, πάνω-κάτω μετά το πρόγευμα.

Τη μαζική κίνηση χαρακτηρίζουν τα ακόλουθα γεγονότα: Αρχικά εμφανίζεται ένα σημείο στένωσης σε κάποια περιοχή διάστασης ή ερεθισμού του κόλου. Πολύ γρήγορα, στη συνέχεια, 20 ή περισσότερα cm του παχέος εντέρου περιφερικά από τη στένωση συστέλλονται σχεδόν ως ενιαίο σύνολο και ωθούν όλο μαζί το κοπρανώδες υλικό αυτής της περιοχής προς τα κάτω. Η συστολή αυτή ολοκληρώνεται σε 30 δευτερόλεπτα περίπου. Μαζικές κινήσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθούν σε οποιοδήποτε τμήμα του κόλου.

Η εμφάνιση μαζικών κινήσεων μετά τα γεύματα προκαλείται, τουλάχιστο ένα μέρος, από το γαστροκολικό και δωδεκαδακτυλικό αντανακλαστικό. Τα αντανακλαστικά αυτά οφείλονται σε διάταση του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου και μεταβιβάζονται κυρίως με το μυεντερικό πλέγμα.

Γενικά η διέγερση του μυεντερικού πλέγματος αυξάνει τη δραστηριότητα του εντέρου.

Λειτουργία της ειλεοτυφλικής βαλβίδας

Κύρια λειτουργία της ειλεοτυφλικής βαλβίδας είναι η παρεμπόδιση της παλινδρόμησης του κοπρανώδους υλικού από το παχύ στο λεπτό έντερο.

Σε έκταση αρκετών εκατοστομέτρων πριν από την ειλεοτυφλική βαλβίδα ο μυϊκός χιτώνας του ειλεού είναι πύο παχύς και ονομάζεται ειλεοτυφλικός σφιγκτήρας. Φυσιολογικά, το τμήμα αυτό διατηρείται σε μικρού βαθμού συστολή και επιβραδύνει την κένωση του περιεχομένου του ειλεού στο τυφλό, εκτός από το χρόνο αμέσως μετά από λήψη γεύματος, οπότε το γαστροειλεϊκό αντανακλαστικό επιτείνει τον περισταλισμό του ειλεού.

Η αντίσταση που περιβάλλει η ειλεοτυφλική βαλβίδα παρατείνει την παραμονή του χυμού μέσα στον ειλεό διευκολύνοντας μ' αυτόν τον τρόπο την απορρόφηση.

Μικροβιακή χλωρίδα του παχέος εντέρου

Η νήστις φυσιολογικά στερείται μικροοργανισμών ή περιέχει ελάχιστους, ενώ μεγαλύτεροι αριθμοί παρατηρούνται στον ειλεό. Το παχύ έντερο περιέχει μεγάλο αριθμό μικροοργανισμών, τα οποία ζουν εκεί και πολλαπλασιάζονται.

Ποσοστά εμφάνισης και ανάπτυξης των μικροοργανισμών στο γαστρεντερικό σωλήνα

	Μη εμφάνιση	Ελάχιστη ανάπτυξη	Σημαντική ανάπτυξη
Νήστις	35%	48%	17%
Ειλεός	0	37%	63%
Κόλον	0	0	100%

Οι μικροοργανισμοί που βρίσκονται στο παχύ έντερο περιλαμβάνουν όχι μόνο βακίλλους, όπως η *Escherichia coli*, αλλά και κόκκους διαφόρων μικροοργανισμών και οργανισμούς που είναι δυνατόν να προκαλέσουν σοβαρή νόσο σε ιστούς πέρα από το παχύ έντερο. Οι επιδράσεις των μικροοργανισμών αυτών είναι πολύπλοκες, άλλες ωφέλιμες και άλλες σοβαρές.

Ορισμένοι μικροοργανισμοί του εντέρου συνθέτουν βιταμίνη Κ, καθώς και άλλες βιταμίνες του συμπλέγματος Β. Η χολερυθρίνη επίσης της χολής μετατρέπεται τελικά σε κοπροχολινογόνο και κοπροχολίνη.

Η ανάπτυξη των μικροοργανισμών όταν είναι μεγαλύτερη του φυσιολογικού μπορεί να έχει επιβλαβείς επιδράσεις. Τέτοια μεγάλη ανάπτυξη παρατηρείται σε περίπτωση στάσης του εντερικού περιεχομένου και προκαλεί μακροκυτταρική αναιμία, δυσαπορρόφηση της βιταμίνης B_{12} και στεατόρροια. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται "σύνδρομο της τυφλής έλικας".

Αφόδευση

Τον περισσότερο χρόνο το ορθό περιέχει κόπρανα. Αυτό οφείλεται κατά ένα μέρος στο ότι σε απόσταση 20 cm περίπου πάνω από τον πρωκτό, εκεί που το σιγμοειδές μεταπίπτει στο ορθό, υπάρχει ένας ασθενούς λειτουργικότητας σφιγκτήρας.

Ωστόσο, όταν μια μαζική κίνηση προωθεί κόπρανα μέσα στο ορθό, αρχίζει η διαδικασία της αφόδευσης, δηλαδή η αντανάκλαστική σύσπαση του ορθού, του σιγμοειδούς και του κατιόντος κόλου, καθώς και η χάλαση των σφιγκτήρων του πρωκτού.

Η μη συνεχής διαφυγή κοπρανώδους υλικού από τον πρωκτό πραγματοποιείται με την τονική σύσπαση 1) του έσω σφιγκτήρα του

πρωκτού, μιας κυκλωτερούς μάζας λείων μυϊκών ινών αμέσως στο εσωτερικό του πρωκτού και 2) του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού, που αποτελείται από γραμμωτές μυϊκές ίνες, βρίσκεται λίγο πιο έξω από τον έσω σφιγκτήρα τον οποίο περιβάλλει και ελέγχεται από το νευρικό σύστημα, δηλαδή βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο της βούλησης.

Η αφόδευση είναι μια αντανακλαστική λειτουργία που στο φυσιολογικό άτομο ελέγχεται σε μεγάλο βαθμό από τη βούληση και συνίστανται, στην αποβολή από τον πρωκτό των παραπάνω που βρίσκονται μέσα στο ορθό.

Το ομόλογο ερέθισμα για την έκλυση του αντανακλαστικού, είναι η ενεργοποίηση των τασεΰποδοχέων που βρίσκονται στο τοίχωμα του ορθού το δε αντανακλαστικό κέντρο βρίσκεται στην ιερή μοίρα του νωτιαίου μυελού. Από το κέντρο αυτό αποστέλλονται νευρικές ώσεις με παρασυμπαθητικές νευρικές ίνες, στο κατιόν κόλον, το σιγμοειδές και το ορθό με τις οποίες προκαλούνται περισταλτικές κινήσεις. Επιπρόσθετα από το κέντρο προκαλείται χάλαση του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού, με αναστολή του μυϊκού του τόνου.

Τα πιο πάνω επιτελούνται στις περιπτώσεις που υπάρχει βούληση. Αν το άτομο δεν επιθυμεί να αφοδεύσει, παρ' όλο ότι μπορεί έχει τη δυνατότητα να αναστείλει τη δραστηριότητα του κέντρου για την αφόδευση με την αποστολή, από το φλοιό του εγκεφάλου, ανασταλτικών νευρικών ώσεων. Το αντανακλαστικό κέντρο για την αφόδευση λειτουργεί αυτόματα, χωρίς να μπορεί να ελέγχεται από τη βούληση, στις ακόλουθες περιπτώσεις:

α. Βρεφική ηλικία

β. Εγκάρσια διατομή του νωτιαίου μυελού

γ. Παθήσεις του Κ.Ν.Σ. (π.χ. γεροντική άνοια)

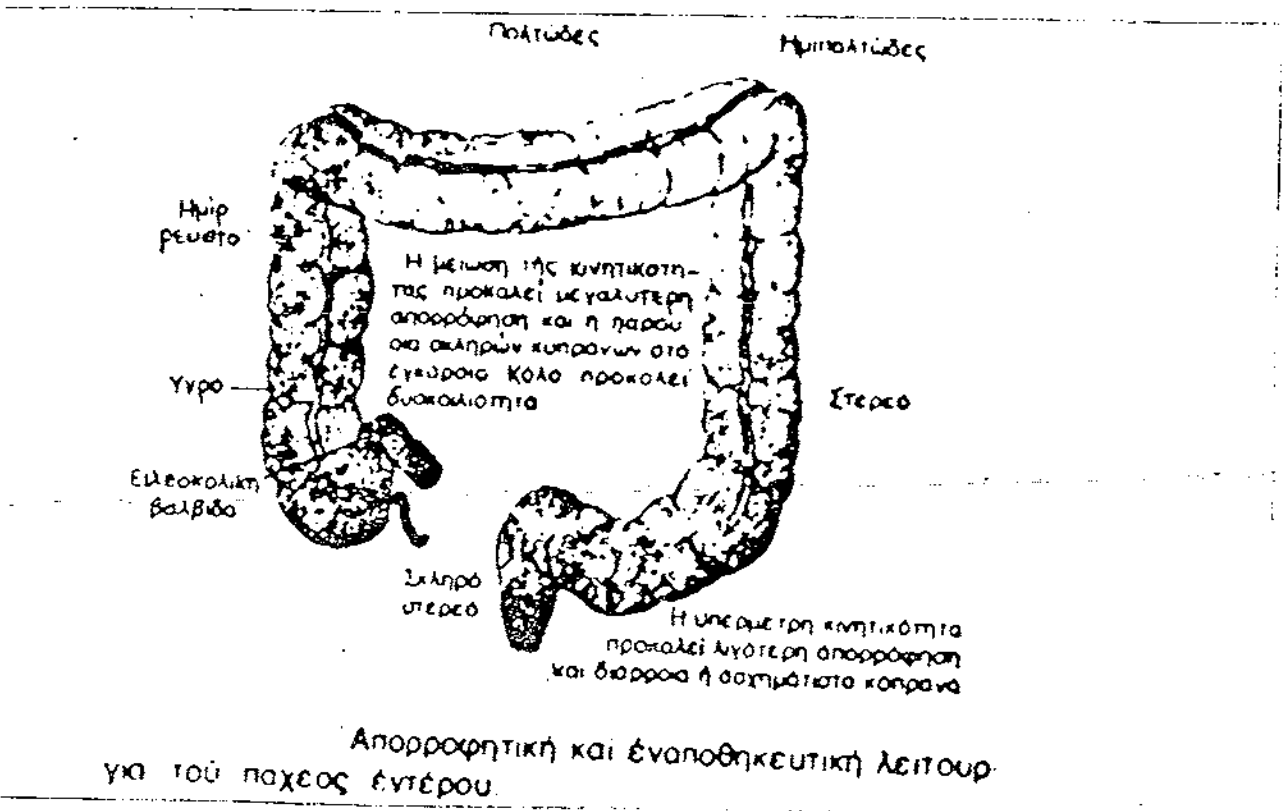
δ. Κώμα

Οι φυσιολογικοί, υγιείς άνθρωποι αφοδεύουν μια φορά την ημέρα, ορισμένοι όμως μπορεί να αφοδεύσουν και τρεις φορές την ημέρα, ή κάποιοι άλλοι κάθε 2-3 ημέρες, χωρίς να ξεφεύγουν από τα όρια του φυσιολογικού.

Στη δεύτερη περίπτωση, τα άτομα εμφανίζουν δυσκοιλιότητα με μόνα συμπτώματα την ελαφρά ανορεξία και ένα αίσθημα δυσφορίας στην κοιλιά, καθώς επίσης και διάταση αυτής.

Σε περίπτωση διάρροιας προκαλείται απώλεια δυνάμεων, ενώ η παρατεταμένη διάρροια μπορεί να αποβεί θανατηφόρος, ιδιαίτερα σε βρέφη.

Αποβάλλονται μεγάλα ποσά νατρίου, καλίου και νερού μέσω των διαρροϊκών κενώσεων και δημιουργείται αφυδάτωση, περιορισμός του όγκου αίματος και τελικά καρδιαγγειακή καταπληξία.



ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Χωρίς να υπάρχουν αποδεικτικά κείμενα, εν τούτοις, έχουμε όλες τις ενδείξεις ότι ο καρκίνος είναι ασθένεια τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος και τα ζώα. Αυτό φαίνεται κυρίως από το γεγονός ότι όσο παλιά και αν είναι τα οστά ανθρώπων και ζώων που βρήκαμε μέχρι σήμερα στη γη διαπιστώνονται σε ορισμένα οστά οστικές αλλοιώσεις που μας πείθουν ότι έχουν προκληθεί από κακοήθεις όγκους.

Από κάποια στιγμή όμως της Ιστορίας έχουμε γραπτά κείμενα αποδεικτικά των κακοήθων όγκων στον άνθρωπο. Συγκεκριμένα αυτά αναφέρονται στα κείμενα της Παλαιάς Διαθήκης, των Αρχαίων Αιγυπτίων, των Ελλήνων και των Περσών.

Ηδη από το 300 π.χ. έχουν διαχωρισθεί τα καλοήθη από τα κακοήθη νεοπλάσματα. Είχαν ακόμη επισημανθεί οι κακές εκβάσεις πολλών νεοπλασμάτων. Αργότερα την εποχή της γεννήσεως του Χριστού εκτελούσαν χειρουργικές επεμβάσεις.

Σταθμός για την ερμηνεία του καρκίνου ήταν το 1652 όταν ο OWEN περιέγραψε τα λεμφαγγεία και αναπτύχθηκε η λεμφική θεωρία ανάπτυξης του καρκίνου, θεωρία που ερμηνεύεται από την παρατήρηση ότι μεγάλο μέρος καρκινογόνων κυττάρων επεκτείνονται από την πρωτοπαθή εστία λεμφαγγεία προς τους επιχώριους λεμφαδένες.

Κάθε καινούργια ιατρική ανακάλυψη οδηγούσε σε νέες θεωρίες προέλευσης του καρκίνου. Τέτοιες είναι η μικροβιακή, η κυτταρική και η θεωρία του COHNHEIN. Η τελευταία συνοδευόταν από αποδεικτικά στοιχεία ότι όγκοι οφείλονται σε απομονωμένα εμβρυϊκά κύτταρα και σε υπολείματα ιστών. Η θεωρία αυτή παραμένει μέχρι σήμερα σωστή. Σήμερα επικρατεί γενικά η αντίληψη ότι εξωγενείς είναι κυρίως οι παράγοντες που προκαλούν την καρκινογένεση ενώ σπανιότερα είναι οι ενδογενείς (ορμόνες).

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Καρκίνους συνηθίζουμε να αποκαλούμε σήμερα συλλογικά, χωρίς αυτό να είναι απολύτως ορθό, όλα τα νεοπλάσματα ανεξαρτήτως προελεύσεως, κλινικής και παθολογοανατομικής εικόνας και ιστοπαθολογικής υφής.

Ορθότερο θα ήταν να μιλάμε για κακοήθη νεοπλάσματα.

Ο καρκίνος εκπροσωπεί μια μεγάλη ομάδα από αρρώστιες που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και πολλαπλασιασμό, ανώμαλων κυττάρων. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου πρόκειται περί αδενοκαρκινώματος εκκρίνοντας συνήθως βλέννη.

Εμφανίζεται με τις εξής ανατομικές μορφές:

1. Δακτυλοειδής περίσφιξη του εντέρου
2. Σωληνοειδής σχηματισμός
3. Εξέλκωση
4. Ανθοκραμβοειδής όγκος

Ε Π Ι Δ Η Μ Ο Λ Ο Γ Ι Α

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί το 15% όλων των καρκίνων του σώματος. Είναι σήμερα ο πιο συχνός σπλαχνικός καρκίνος τόσο στις Η.Π.Α. όσο και στη Μεγάλη Βρετανία, και κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των πιο συχνών καρκίνων, δηλαδή του πνεύμονος, στομάχου και μαστού.

Στις Δυτικές χώρες, ο καρκίνος του κόλου και του απευθυσμένου έρχεται σε σειρά δεύτερος μετά τον καρκίνο των πνευμόνων σε συχνότητα, σε νέα περιστατικά και αναλογίες θανάτων.

Στις Η.Π.Α. το 1984 διαγνώσθηκαν 160.000 νέα περιστατικά και πέθαναν 60.000 άνθρωποι απ' αυτή την αρρώστια.

Τα περιστατικά αυξάνουν με την ηλικία, αρχίζοντας την εμφάνισή τους στην ηλικία των 40 ετών και φθάνοντας στο έπαρκό τους στα 75-80 χρόνια. Εμφανίζονται με την ίδια συχνότητα περίπου και στα δύο φύλα, όπου το 80% των περιπτώσεων αφορά ενήλικες μεταξύ 40-80 χρόνων. Το 3-4% των καρκίνων του παχέος εντέρου αφορούν ηλικίες κάτω των 35 ετών και το 0,5-1% ηλικίες κάτω των 25 ετών. Οι αριθμοί αυτοί αναφέρονται για να τονιστεί ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου προσβάλλει και τις νεαρές ηλικίες.

Το νεαρό της ηλικίας δεν θα πρέπει να απομακρύνει τη σκέψη του γιατρού από ενδεχόμενη νεοπλασία σε ασθενή με ανεξήγητη αλλαγή των κενώσεων.

α. γεωγραφική κατανομή

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτάται από τη γεωγραφία και την κοινωνικοοικονομική τάξη. Διεθνώς χώρες με υψηλότερη επίπτωση καρκίνου παχέος εντέρου είναι αυτές της Βόρειας και Βορειοδυτικής Αμερικής και Αγ-

γλο-σαξωνικές περιοχές. Η επίπτωση είναι χαμηλότερη στην Αφρική, Ασία και Νότιο Αμερική (εκτός Αργεντινής και Ουρουγουάης).

Υπάρχουν επίσης σημαντικές διαφορές και ανάμεσα στον πληθυσμό των Η.Π.Α. Μελέτες όσον αφορά την μετανάστευση ενισχύουν τον πιθανό ρόλο περιβαλλοντολογικών παραγόντων στην αιτιολογία της νόσου.

Όλες οι ενδείξεις συγκλίνουν στο ότι η επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου συνδέεται με περιβαλλοντολογικούς παράγοντες, κυρίως την διατροφή. Από επιδημιολογικές μελέτες υπάρχουν ενδείξεις ότι οι καρκίνοι ορθού και κόλου πιθανόν έχουν διαφορετική αιτιολογία επειδή ο καρκίνος του ορθού δε διαφέρει, όσον αφορά την επίπτωση, στους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου πληθυσμούς.

β. Γενετικοί

Ενώ οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες φαίνεται ότι παίζουν τον κυριότερο ρόλο στην αιτιολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου, μόνο πρόσφατα αποδείχθη ότι γενετικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον κίνδυνο νόσησης από καρκίνο κόλου. Ετσι φαίνεται ότι περίπου το 20% αυτών των καρκίνων μάλλον έχει οικογενή βάση. Οι κληρονομικές ανωμαλίες με κακοήθες δυναμικό περιλαμβάνουν τους πολύποδες, την οικογενή πολυποδίαση, τα σύνδρομα GARDNER: TURCOT, PEUTZ - JEGHERS και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου.

γ. Διατροφή

Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι διαιτητικοί παράγοντες πιθανώς παίζουν σπουδαίο ρόλο στην παθογένεση του

καρκίνου του παχέος εντέρου. Φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ καρκίνου του κόλου και δίαιτας πλούσιας σε λίπη-κρέας και χαμηλού υπολείματος. Αρνητική συσχέτιση έχει παρατηρηθεί μεταξύ καρκίνου κόλου και κατανάλωσης λαχανικών.

Επομένως οι πληθυσμοί που καταναλώνουν τροφές πλούσιες σε λίπος και/ή ζωϊκές πρωτεΐνες ως και τροφές χαμηλού υπολείματος, φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερη επίπτωση καρκίνου του παχέος εντέρου. Έτσι η αλλαγή των συνηθειών διατροφής όπως π.χ. μείωση της πρόσληψης λίπους και αύξηση της πρόσληψης λαχανικών μπορεί να ελαττώσει σημαντικά την επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

δ. Ρόλος της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου

Ο ρόλος της εντερικής μικροχλωρίδας στην καρκινογένεση του παχέος εντέρου δεν είναι ακόμη απόλυτα ξεκαθαρισμένος. Όμως επιδημιολογικά και πειραματικά εργαστηριακά ευρήματα υποδηλώνουν ότι η διατροφή επηρεάζει την ενζυμική δραστηριότητα της χλωρίδας στον μεταβολισμό διαφόρων υποστρωμάτων που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση ή ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου.

Στις επόμενες σελίδες παρουσιάζονται στατιστικά στοιχεία απ' την ελληνική στατιστική υπηρεσία για ασθενείς εξελθόντες το 1985 από καρκίνο του παχέος εντέρου, κατά φάσεις ηλικιών, φύλο και γεωγραφικό διαμέρισμα μόνιμης διαμονής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Εξελεθόντες ασθενείς κατά ομάδες ηλικιών και φύλο το 1985

Καρκίνος παχέος εντέρου εκτός του ορθού

Γενικό σύνολο: 1964

Ανδρες: 947

Γυναίκες: 1017

Ηλικία	Φύλο	
	Ανδρες	Γυναίκες
μέχρι 29 ημερών	-	-
7-11 μηνών	-	-
1-4 ετών	-	-
5-9 ετών	-	-
10-14 ετών	-	1
15-19 ετών	3	2
20-29 ετών	1	4
30-39 ετών	22	34
40-49 ετών	72	89
50-59 ετών	177	227
60-64 ετών	128	105
65-69 ετών	121	132
70-79 ετών	274	301
80-89 ετών	118	100
90-99 ετών	7	4
100 ετών και πάνω	-	-

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Ασθενείς εξελθόντες το 1985 κατά γεωγραφικό διαμέρισμα μόνιμης διαμονής

	Γενικό σύνολο	Αθήνα	Στερεά Ελλάδα και Εύβοια	Πελοπόννησος	Ιόνια νησιά	Ηπειρος
Κακοήθη νεοπλάσματα παχέος εντέρου εκτός του ορθού	1964	678	113	140	45	32
Κακοήθη νεοπλάσματα του ορθού της ορθο- σιγμοειδικής συμβολής και του πρωκτού	1078	368	78	88	23	23

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 - συνέχεια

Ασθενείς εξελθόντες το 1985 κατά γεωγραφικό διαμέρισμα μόνιμης διαμονής

	Θεσσαλία	Μακεδονία	Θράκη	Νήσοι Αιγαίου	Κρήτη	Εξωτερικό	Δεν δήλωσαν
Κακοήθη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου εκτός του ορθού	157	547	52	67	96	3	34
Κακοήθη νεοπλάσματα της ορθοσιγμοειδικής συμβολής του ορθού και του πρωκτού	65	276	40	47	54	-	6

Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Αίγυπτος, η Πολωνία και Μεξικό αναφέρονται θάνατοι από καρκίνο παχέος εντέρου από 3-6 στους 100.000 κατοίκους. Στις Η.Π.Α., Αυστραλία, Αυστρία, Μ. Βρετανία, Δυτική Γερμανία και Ελβετία ο αριθμός θανάτων ανέρχεται σε 24-35 στους 100.000 κατοίκους. Η αιτία φαίνεται ότι είναι περισσότερο ο τρόπος και το είδος διατροφής, παρά οι γενετικοί παράγοντες. Αυτό συμπεραίνεται από το γεγονός ότι Αφρικανοί και Ασιάτες εγκατεστημένοι στις ΗΠΑ εμφανίζουν την ίδια συχνότητα καρκίνου του παχέος εντέρου με τους λευκούς, ενώ πληθυσμοί των ίδιων φυλών Αφρικής και Ασίας, εμφανίζουν καρκίνο σε πολύ μικρότερη συχνότητα.

Παρά το γεγονός ότι δεν έχει αποδειχθεί, προς το παρόν τουλάχιστον, κληρονομική επιβάρυνση, είναι βέβαιο ότι οι άμεσοι συγγενείς του πάσχοντος από καρκίνο του παχέος εντέρου εμφανίζουν τον κίνδυνο να προσβληθούν από τον ίδιο καρκίνο 2-3 φορές περισσότερο από άλλα άτομα.

Είναι βέβαιο ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου αναπτύσσεται σε άτομα με εξελκωτική κολίτιδα, πολύποδες του κόλου και του απευθυσμένου, ή σχιστοσωμική κολίτιδα, ή έκθεση σε ραδιενέργεια.

Ενα υψηλό ποσοστό καρκίνου του κόλου και του απευθυσμένου συμβαίνει σε πληθυσμούς που είναι οικονομικά εύποροι. Αυτή η παρατήρηση και άλλα δεδομένα, έχουν εστιώσει την προσοχή στους περιβαλλοντικούς παράγοντες και σε συγκεκριμένες δίαιτες με την αιτιολογία του όγκου.

Πρόσφατες μελέτες πρότειναν μια συσχέτιση μεταξύ του καρκίνου του κόλου και την υψηλή πρόσληψη ζωικών πρωτεϊνών και λί-

πους, την χαμηλή πρόσληψη ινών στο φαγητό, την αργή κένωση του εντέρου και του μικρού όγκου των κοπράνων. Τα αναερόβια βακτηρίδια τα οποία βρίσκονται στα κόπρανα των ανθρώπων που καταναλώνουν δυτικού τύπου δίαιτες επίσης πιστεύεται ότι είναι καρκινογόνα. Παραμένοντας επί μακρού εντός του αυλού του εντέρου, μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο.

Η χολοκυστεκτομή είναι ένας παράγων που αυξάνει την αναλογία των δευτερογενών χολικών οξέων με αποτέλεσμα να αυξάνει ο κίνδυνος για καρκίνο του κόλου. Προσεκτικά ελεγχόμενες μελέτες δεν έχουν αποδείξει αυτό, και αν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος, αυτός είναι κλινικά χωρίς σημασία.

Μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ του καρκίνου του κόλου, των λαχανικών και του αυξημένου όγκου των κοπράνων, δείχνει ότι οι φυτικές ίνες μπορούν να παίξουν έναν προστατευτικό ρόλο με το να διαλύσουν τα καρκινογενή που έρχονται σε επαφή με το βλεννογόνο του εντέρου.

Τ Α Ξ Ι Ν Ο Μ Η Σ Η

Κλινική ταξινόμηση

- T_1 : Ο καρκίνος εντοπίζεται στο βλεννογόνο και υποβλεννογόνιο χιτώνα.
- T_2 : Εκτείνεται στον μυϊκό ή και στον ορογόνο χιτώνα.
- T_3 : Ο καρκίνος εκτείνεται στον κυτταρολιπώδη ιστό ή στον λεμφικό ιστό που περιβάλλει τον αυλό.
- T_4 : Ο καρκίνος εκτείνεται πέρα από τους γειτονικούς ιστούς και όργανα.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

1. Την κατά DUKES ταξινόμηση η οποία αφορά το βαθμό διήθησης του τοιχώματος και την παρουσία ή όχι λεμφαδενικών μεταστάσεων.

2. Την κατά BRODERS ταξινόμηση, η οποία αφορά το βαθμό διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων.

Ταξινόμηση κατά DUKES

A: Αδενοκαρκίνωμα που εντοπίζεται στο βλεννογόνο χωρίς μεταστάσεις.

B_1 : Η βλάβη εκτείνεται και στο μυϊκό χιτώνα όχι όμως σ' όλο το πάχος του χωρίς πάλι περιοχικές μεταστάσεις.

B_2 : Η βλάβη διηθεί ολόκληρο το πάχος του μυϊκού χιτώνα, χωρίς περιοχικές μεταστάσεις.

C_1 : Η βλάβη εντοπίζεται σ' όλα τα τοιχώματα. Τα γειτονικά μόνο λεμφογάγγλια είναι διηθημένα.

C_2 : Εδώ έχουμε και μεταστάσεις σε απομακρυσμένα λεμφογάγγλια και όργανα.

Ταξινόμηση κατά BRODERS

- α) Υψηλή διαφοροποίηση.
- β) Μέση διαφοροποίηση.
- γ) Χαμηλή διαφοροποίηση ή αμετάπλαστα.

ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η επέκταση του καρκίνου του παχέος εντέρου γίνεται με έναν από τους παρακάτω τρόπους:

- α. Με επέκταση στους παρακείμενους ιστούς.
- β. Διά μέσω της λεμφικής οδού.
- γ. Αιματογενώς.
- δ. Με τη μέθοδο της ενδοπεριτοναϊκής εμφυτεύσεως.

Η πιο συχνή οδός διασποράς της νόσου είναι οι μεταστάσεις στα γειτονικά λεμφογάγγλια. Έχει βρεθεί ότι όταν το αδενοκαρκίνωμα έχει διηθήσει ολόκληρο το πάχος του εντερικού τοιχώματος, η συχνότητα διήθησης των γειτονικών λεμφογαγγλίων φτάνει τα 90%.

Όταν η βλάβη βρίσκεται ακόμη μέσα στο εντερικό τοίχωμα, η συχνότητα μετάστασης στα γειτονικά λεμφογάγγλια είναι 45%. Συχνά βρίσκονται μεταστάσεις σε απομακρυσμένες λεμφαδένες, ενώ οι γειτονικοί είναι ελεύθεροι μεταστάσεων.

Αιματογενείς μεταστάσεις συμβαίνουν όταν καρκινικά κύτταρα διηθούν φλεβικά αγγεία. Η πιο συνηθισμένη οδός είναι διά μέσου της πυλαίας φλέβας στο ήπαρ. Με μικρότερη συχνότητα συναντώνται μεταστάσεις στον πνεύμονα και τα οστά.

Το Ca παχέος εντέρου μπορεί να παρουσιάσει σκελετικές μεταστάσεις, αλλά η πρώτη εκδήλωση θα είναι από την πρωτοπαθή

εστία. Αυτό είναι το αποτέλεσμα μιας έρευνας που έγινε σε 174 ασθενείς με σκελετικές μεταστάσεις που νοσηλεύτηκαν στην Ορθοπαιδική κλινική του νοσοκομείου "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ" τη διετία από Ιούλιο 1981 μέχρι Σεπτέμβριο 1983. Η έρευνα αφορούσε ασθενείς με διάφορα αδενοκαρκινώματα, οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες:

α' ομάδα ασθενείς με σκελετικές μεταστάσεις, αλλά η πρώτη εκδήλωση από πρωτοπαθή εστία και **β' ομάδα** ασθενείς με σκελετικές μεταστάσεις, αλλά η πρώτη εκδήλωση από το σκελετό.

Οι μεταστάσεις των κακοήθων νεοπλασμάτων παρατηρούνται σε όλα τα οστά συχνότερα όμως στη σπονδυλική στήλη, λεκάνη, ισχία, πλευρές, μηριαία, βραχιόνιο, κρανίο, γνάθο.

Στην σπονδυλική στήλη τα μεταστατικά κύτταρα εγκαθίστανται είτε διερχόμενα μέσω του ήπατος και των πνευμόνων στη μεγάλη κυκλοφορία, είτε παρακάμπτοντας αυτά.

Σ' αυτό συμβάλλει το φλεβικό δίκαιο της σπονδυλικής στήλης.

Αδενο Ca	I. Πρώτη εκδήλωση από πρωτοπαθή εστία	II. Πρώτη εκδήλωση από σκελετική μετάσταση	Σύνολο
Ca μαστού	48	4 (7,6%)	52
Ca πνεύμονα	24	12 (33,3%)	36
Ca προστάτη	8	8 (50%)	16
Ca νεφρών	10	4 (28,5%)	14
Ca ήπατος	2	-(0%)	2
Ca στομάχου	2	2 (50%)	4
Ca θυρεοειδούς	2	2 (50%)	4
Ca εντέρου	4	-(0%)	4
Ca γεννητικών οργάνων κύστεως λάρυγγα	16	4 (20%)	20
Ca αγνώστου πρωτοπαθούς		22/174=12,64%	22
Σύνολο	116	58 (33,3%)	174

Από τον παραπάνω πίνακα βγαίνουν τα εξής συμπεράσματα:

α) Οι μεταστάσεις από Ca πνεύμονα, νεφρό, προστάτη, στομάχι, θυρεοειδή, έχουν σε υψηλά ποσοστά (28,5-50%) εντοπίσεις σκελετικές πριν εκδηλωθούν από την πρωτοπαθή εστία. Αυτό έχει σημασία όχι μόνο διαγνωστική και κατά συνέπεια θεραπευτική αλλά τονίζει την ανάγκη προληπτικών κλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων.

β) Σχετικά με το Ca παχέος εντέρου, από την έρευνα αυτή συμπεραίνουμε ότι από τους 174 ασθενείς, οι 4 παρουσίασαν σκελετικές μεταστάσεις, ενώ κανένας δεν παρουσίασε τη σκελετική μετάσταση σαν πρώτη εκδήλωση.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η συμπτωματολογία ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου είναι ανάλογη της εντοπίσεως της νόσου και ποικίλλει ανάλογα με το μέγεθος του όγκου, την μικροσκοπική του υφή, την έκταση καθώς και από το αν υπάρχει αιμορραγία, διάτρηση ή απόφραξη.

Τα γενικά όμως συμπτώματα είναι η διαταραχή του ρυθμού των κενώσεων, η αιμορραγία απ' το ορθό και ο πόνος. Οι μεταβολές στις συνήθειες του εντέρου αφορούν τις μεταβολές των χαρακτήρων των προηγούμενων κενώσεων, γι' αυτό είναι σημαντική η λήψη λεπτομερούς ιστορικού. Μια επίμονη μεταβολή στις συνήθειες του εντέρου ιδιαίτερα σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας χωρίς προηγούμενες ανωμαλίες είναι συνήθως σημαντικό πρώιμο σύμπτωμα οργανικής νόσου του εντέρου και ποτέ δε θα πρέπει να θεωρείται λειτουργική αν δεν υπάρχει πλήρης αρνητική διαγνωστική διερεύνηση.

Η επικάλυψη με αίμα των σχηματισμένων κοπράνων σημαίνει βλάβη στο ορθό ή τον πρωκτό, ενώ αίμα αναμειγμένο με κόπρανα δείχνει ότι η εστία της αιμορραγίας είναι ψηλότερα στο παχύ έντερο.

Ο πόνος που προκαλείται από νόσο του παχέος εντέρου εντοπίζεται συνήθως σε κάποιο από τα κάτω τεταρτημόρια, σε αντίθεση με τον πόνο που προέρχεται απ' το λεπτό έντερο, που εντοπίζεται στην περιομφαλική περιοχή ή ψηλότερα. Ο πόνος του ορθού γίνεται αισθητός βαθιά στην πύελο, ενώ ο πόνος του πρωκτού γίνεται αισθητός ακριβώς στο περίνεο. Ειδικά τώρα έχουμε:

1. Στους καρκίνους του δεξιού κόλου (συνήθως ανθοκραμβοειδούς), αναπτύσσονται στο τυφλό και ανιόν κόλο των οποίων η διάμετρος είναι μεγάλη με λιγότερα συμπτώματα αποφράξεως.

Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι :

α) Ψηλαφητός όγκος στο δεξιό λαγώνιο βόθρο.

β) Διαρροϊκό σύνδρομο ή εναλλαγές διάρροιας και δυσκοιλιότητας. (χωρίς μόνιμη δυσκοιλιότητα).

γ) Αναιμία λόγω συνεχούς απώλειας αίματος μικρής συνήθως ποσότητας και αναμειγμένο στα κόπρανα.

δ) Αίσθημα κακουχίας, ανορεξίας, απώλεια βάρους και όταν υπάρχει επέκταση προς την ειλεοτυφλική βαλβίδα έχουμε κοιλιακά άλγη και έμετο.

2. Στους καρκίνους του αριστερού κόλου έχουμε συχνά στενωτικά φαινόμενα λόγω μικρής διαμέτρου του εντέρου. Τα συμπτώματα είναι :

α) Πόνος διάχυτος συνεχής αρχικά και κατόπιν κωλικοειδής.

β) Αποφρακτικά συμπτώματα, και κυρίως η αυξανόμενη δυσκοιλιότητα με σποραδικές πιθανόν σύντομες εξάρσεις διάρροιας.

γ) Διάταση κοιλιάς που συνοδεύεται με πόνο, ο οποίος υποχωρεί μετά την αποβολή αερίων.

δ) Διάτρηση εντέρου σε μικρό ποσοστό (7%).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Σήμερα, το κρίσιμο ερώτημα που τίθεται είναι ποιά είναι η πιο αξιόπιστη δοκιμασία για τη διάγνωση στον καρκίνο του παχέος εντέρου. Μέσα στις θεωρήσεις αυτές εντάσσονται τα αναμενόμενα οφέλη και οι κίνδυνοι, η ευαισθησία και η εξειδίκευση των διατιθέμενων διαγνωστικών μεθόδων, το κόστος και η συμβατικότητα του ασθενούς.

Τα προγράμματα SCREENING που βρίσκονται τώρα σε εφαρμογή παρέχουν ισχυρές ενδείξεις καλής επιβίωσης σε εκείνους τους ασθενείς με θετικό αποτέλεσμα έγκαιρης διάγνωσης, χρειάζεται όμως μια πλέον μεγαλύτερη περίοδο παρακολούθησης των ασθενών αυτών. Οι προσπάθειες για έγκαιρη διάγνωση που κατευθύνονται σε ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου είναι πιο "παραγωγικές" από ότι αυτές που κατευθύνονται στο στάνταρ γενικό πληθυσμό.

Είτε με τον συμπτωματικό είτε με τον ασυμπτωματικό ασθενή, ο κλινικός γιατρός χρησιμοποιεί την συνήθη σειρά δοκιμασιών για να θέσει τη διάγνωση. Μερικοί απ' αυτούς τους υψηλού κινδύνου παράγοντες είναι:

Ηλικία: > 45 χρόνια, σε ασυμπτωματικούς άνδρες και γυναίκες.

Συνοδός πάθηση:

- Ελκώδης κολίτις
- Κοκκιοματώδης κολίτις
- Σύνδρομο PEUTZ-JEGHERS
- Οικογενής πολυποδίαση

Παρελθόν ιστορικό:

- Καρκίνος παχέος εντέρου ή πολυπόδων
- Καρκίνος μαστού ή των γεννητικών οργάνων

Οικογενειακό ιστορικό:

- Νεανικών πολυπόδων
- Καρκίνου παχέος εντέρου ή πολυπόδων
- Σύνδρομο οικογενούς πολυποδίασης

Γ ε ν ι κ ά

Ο γιατρός πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένος στα εξής σημάδια: ανεξήγητη απώλεια, βάρους, αλλαγές στις συνήθειες των κενώσεων, αιμορραγία από το ορθό, κοιλιακό άλγος, ναυτία, κοιλιακή διάταση, κοιλιακή μάζα.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Είναι φανερό ότι για την βελτίωση των στατιστικών επιβιώσης χρειάζεται πολύ πρόωμη διάγνωση, δηλαδή διάγνωση στο αρχικό στάδιο της νόσου. Έτσι εκτός από το ιστορικό και την φυσική εξέταση, συμπεριλαμβανομένης και της δακτυλικής εξέτασης, ο γιατρός πρέπει να θεωρεί σαν μέρος της διαγνωστικής προσπάθειας και τα εξής:

β. OCCULT TEST ή δακτυλική εξέταση

Εφ' όσον υπάρχει υποψία αιμορραγίας, που εκδηλώνεται π.χ. με αναιμία, και η μακροσκοπική εξέταση των κοπράνων με σκοπό να αποκαλύψει την παρουσία "κρυφού" αίματος. Η αιμορραγία από το δεξιό κόλον είναι κυρίως "κρυφού" τύπου. Το νέο HEMOCCULT GUAIAC TEST δείχνει ενθαρρυντικά αποτελέσματα σαν δείκτης παρουσίας κολο-ορθικού καρκίνου και/ή αδενώματος.

Το HEMOCCULT GUAIAC TEST αποκαλύπτει αίμα στα κόπρανα λόγω της οξειδωσης της GUAIAC (μπλέ χρώμα) από την υπεροξειδάση παρουσία αιμοσφαιρίνης. Το 40% όλων των καρκίνων του παχέος εντέρου, κατά τη στιγμή της διάγνωσης, είναι σε εντοπισμένο στάδιο χωρίς διηθημένους λεμφαδένες, σχεδόν όλοι οι ασθενείς στους οποίους ο καρκίνος του κόλου ανακαλύπτεται σε ασυμπτωματικό στάδιο έχουν εντοπισμένη νόσο και παρουσιάζουν βελτιωμένη πρόγνωση και σημαντικά αυξημένη επιβίωση. Επομένως, η ανακάλυψη εντοπισμένης νόσου χωρίς διηθημένους λεμφαδένες είναι μείζων σκοπός, αν πρόκειται έτσι να βελτιωθεί η επιβίωση.

β. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση και βιοψία / κυτταρολογική

Η ορθοσιγμοειδική περιοχή του εντέρου μπορεί να εξεταστεί

σε διάφορα έκταση με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση, ενώ το υπόλοιπο παχύ έντερο μπορεί να εξεταστεί με διπλής αντίθεσης βαριούχο υποκλιισμό και κολονοσκόπηση. Το άκαμπτο ορθοσιγμοειδοσκόπιο ανακαλύπτει βλάβες σε μια έκταση 15-25 εκ.

Το εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο είναι σαν ενδοσκοπικό όργανο πιό καλύτερο για το κόλον παρά για το ορθό. Το ινδοσκόπιο αυτό φτάνει στα 50 ή 60 εκ. και φαίνεται ότι είναι καλύτερα ανεκτό από τους ασθενείς. Χρειάζεται όμως αρκετή εμπειρία και σήμερα χρησιμοποιείται από μικρό αριθμό ενδοσκοπών.

Η σιγμοειδοσκόπηση μπορεί να γίνει οποτεδήποτε, αλλά θα δώσει καλύτερες πληροφορίες αν ο ασθενής έχει προετοιμασθεί με υποκλιισμό. Επίσης μπορεί ταυτόχρονα να γίνει βιοψία και κυτταρολογική. Η σε συνδυασμό χρήση αυτών των τεχνικών αυξάνει την ακρίβεια της διάγνωσης.

γ. CEA

Το CEA είναι μια γλυκοπρωτεΐνη που βρίσκεται στην κυτταρική μεμβράνη καρκινικών κυττάρων πολλών ιστών και του παχέος εντέρου. Επί αυξήσεις των κυττάρων (ανάπτυξη όγκου) το αντιγόνο εισέρχεται στην κυκλοφορία και ανιχνεύεται με ραδιοανοσολογική μέθοδο.

Το CEA είναι αρκετά καλός προγνωστικός δείκτης αφού μπορεί κανείς να ελέγξει προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά την εξαιρεσιμότητα ή υποτροπή του όγκου με τα επίπεδα του CEA.

δ. Βαριούχος υποκλιισμός

Διπλής αντίθεσης είναι απαραίτητος για την πιστοποίηση ύπαρξης της βλάβης ή την ανακάλυψη μιας άλλης εστίας κεντρικότερα γεγονός που συμβαίνει σε ένα ποσοστό 5-8%.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι μόνο χειρουργική. Βέβαια ακολουθείται και χημειοθεραπεία καθώς και ακτινοθεραπεία τα οποία ελάχιστη βοήθεια προσφέρουν. Αν ο ασθενής δεν χειρουργηθεί η ζωή του διαρκεί από μερικούς μήνες ως λίγα χρόνια.

1. Χειρουργική θεραπεία

Συνήθως περιλαμβάνει ανάλογα με την εντόπιση του καρκίνου, τα αιμοφόρα αγγεία και τα λεμφογάγγλια της περιοχής.

Η επέμβαση αποσκοπεί στην αφαίρεση του όγκου με το αντίστοιχο τμήμα του εντέρου και των επιχωρίων λεμφαδένων και αν είναι περιορισμένες οι ηπατικές μεταστάσεις. Έτσι σε καρκίνο δεξιού κόλου, αφαιρείται το τελευταίο μέρος του ειλεού, το τυφλό, το ανιόν και το μισό εγκάρσιο και γίνεται ειλεογκάρσια αναστόμωση. Σε καρκίνο αριστερού κόλου και σιγμοειδούς αφαιρείται το αριστερό μισό του εγκάρσιου κόλου, το κατιόν και το σιγμοειδές και γίνεται αναστόμωση του εγκάρσιου με το ορθό με συνύπαρξη ή όχι ανακουφιστικής κολοστομίας. Σε καρκίνο του εγκάρσιου κόλου γίνεται ευρεία τμηματική εκτομή. Ενώ στο ορθό απαιτείται κοιλιοπεριτονεϊκή εκτομή και μόνιμη κολοστομία.

Η κολοστομία είναι παροδικό ή μόνιμο άνοιγμα του κόλου στο κοιλιακό τοίχωμα. Το κόλπο, έχει δύο λειτουργίες: να συγκεντρώνει και να αποθηκεύει τις περιττωματικές ουσίες και να απορροφά νερό και ηλεκτρολύτες. Με την κολοστομία οι λειτουργίες αυτές γίνονται ανεπαρκώς. Το είδος και η συχνότητα της κοπρανώδους απέκκρισης εξαρτάται κατά μεγάλο βαθμό από την

εντόπιση της κολοστομίας.

Είδη κολοστομίας:

1. Κατιούσα και σιγμοειδική, συχνά ονομάζεται και στεγνή γιατί αν και δεν υπάρχει εκούσιος έλεγχος το κόλο παράγει σχηματισμένα κόπρανα.

2. Εγκάρσια. Το απέκκριμα μπορεί να είναι σχηματισμένα κόπρανα, συνήθως όμως είναι πολτώδες και θα χρειάζεται ο ασθενής σάκο όλο τον καιρό. Έχουμε τρία είδη εγκάρσιας κολοστομίας:

α) Διπλού αυλού η οποία είναι συνήθως προσωρινή.

β) Αγκυλωτή η οποία είναι προσωρινή και διαρκεί από 10 ημέρες έως 9 μήνες.

γ) Ανιούσα κολοστομία είναι συνήθως μόνιμη γιατί το απέκκριμα εδώ είναι υδαρές και ρέει συνεχώς. Η προστασία του δέρματος είναι απαραίτητη.

2. Χημειοθεραπεία

Τα χημειοθεραπευτικά είναι φάρμακα τα οποία επιβραδύνουν την εξέλιξη των νεοπλασματικών νοσημάτων και περιορίζουν τις διαστάσεις του, αλλά δεν το θεραπεύουν είναι κυτταροτοξικά φάρμακα, δηλαδή δηλητηριάζουν τα κύτταρα. Η δράση τους όμως δεν περιορίζεται στα κακοήθη κύτταρα αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Περισσότερο βέβαια επηρεάζονται τα κακοήθη κύτταρα λόγω του ότι πολλαπλασιάζονται γρήγορα, είναι πιο δραστήρια και ζουν περισσότερο από τα φυσιολογικά. Η τοξικότητα των φαρμάκων εκδηλώνεται στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, στις ωοθήκες και σε άλλους ιστούς και όργανα.

Τα κυριότερα χημειοθεραπευτικά που χρησιμοποιούνται σήμερα για την καταπολέμηση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η

5-φθοριουρακίλη και η μεθοτρεζάτη.

Οι παρενέργειες που έχουμε από το φάρμακο διακρίνονται σε:

α) Πρώιμες που είναι: Ναυτία, έμετος μέσα σε 3-6 ώρες από την έγχυσή του. Διάρροια που μπορεί να συμβεί σε 7 ημέρες από την έναρξη της χορήγησής του και στοματίτιδα που μπορεί να συμβεί 5-8 ημέρες μετά την θεραπεία.

β) Οψιμες που είναι : Ελάττωση των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων μέσα σε 1-2 εβδομάδες μετά τη θεραπεία. Μελά-νιασμα των νυχιών, του δέρματος και των σημείων των φλεβών απ' όπου το χορηγούμε, μπορεί να συμβεί 4-6 εβδομάδες μετά την έγχυση του φαρμάκου. Αλωπεκία μετά 3-4 εβδομάδες μετά την θεραπεία. Άλλες παρενέργειες από το φάρμακο είναι ανορεξία, μυελο-καταστολή, δερματίτιδα, ραγάδες στόματος και μελάχρωση.

Η μεθοτρεζάτη παρεμβαίνει στη σύνθεση του DNA αναστέλλο-ντας τη διϋδροφυλλική αναγωγή. Απορροφάται από το γαστρεντε-ρικό σωλήνα και συνδέεται με τη λευκωματίνη απ' όπου μπορούν να την εντοπίζουν οι σουλφοναμίδες, η τετρακυκλίνη, το σαλικι-κό οξύ, αυξάνοντας έτσι την τοξικότητά της. Στο μεγαλύτερο της μέρος αποβάλλεται από τους νεφρούς και γι' αυτό η δοσολογία της πρέπει να μειώνεται όταν υπάρχει και νεφρική ανεπάρκεια. Η μεθοτρεζάτη χρησιμοποιείται για την θεραπευτική αγωγή πολλών κακοηθών αλλά και καλοηθών παθήσεων.

Τοξικές επιδράσεις : Εκδηλώνονται με λευκοπενία, θρομβο-πενία, διάρροια και ελκωτική στοματίτιδα. Σε τέτοιες περιπτώ-σεις διακόπτεται η χορήγηση ως την υποχώρησή τους. Επίσης μπο-ρεί να παρατηρηθούν αλωπεκία, αναιμία, ηπατοτοξικές βλάβες και σε μεγάλες δόσεις μπορεί να προκαλέσει νεφροτοξικές βλάβες.

Τα θεραπευτικά χημειοθεραπευτικά που έχουν χρησιμοποιηθεί

φαίνεται από μελέτες να έχουν αποτελέσματα στο ορθό και το σιγμοειδές.

3. Ακτινοθεραπεία

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική έχει σαν βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης στους φυσιολογικούς ιστούς που ακτινοβολούνται συγχρόνως με τους νεοπλασματικούς. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μοναδική θεραπεία ή σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία.

Η ακτινοβολία που χρησιμοποιείται είναι ιονίζουσα και αποτελείται ή από πολύ μικρά σωματίδια που κινούνται γρήγορα και ακτίνες γ ή ακτίνες χ (ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία).

Η ακτινοθεραπεία φαίνεται να έχει θέση σε καρκινώματα του ορθού. Βελτιώνει τα μεσοδιαστήματα των υποτροπών αλλά όχι την συνολική επιβίωση. Τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι πολύ ευαίσθητα στην ακτινοβολία από τα ώριμα κύτταρα και μερικές φορές νεκρώνονται τελείως, ενώ οι βλάβες των ώριμων κυττάρων είναι δυνατό να επανορθωθούν μετά από ένα ορισμένο χρονικό διάστημα.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί εξωτερικά και εσωτερικά:

I. Εξωτερική εφαρμογή με ακτίνες X, οι οποίες παράγονται από ειδικό μηχάνημα, ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες (π.χ. κοβάλτιο -60, καίσιο -137) και ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα σε θήκες που εφαρμόζονται πάνω στο σημείο που πρέπει να ακτινοβοληθεί.

II. Εσωτερική χρήση. Με αυτή γίνεται εισαγωγή του ραδιοϊσοτόπου σε κοίλα όργανα, με την εμφύτευση ραδιοϊσοτόπου (με τη μορφή βελονών, κόκκων κ.λ.π.) και με εσωτερική χορήγηση από το

στόμα ή ενδοφλέβια. Σε καρκίνο του παχέος εντέρου γενικά η προεγχειρητική ακτινοβολία καθιστά ένα ανεγχείρητο καρκίνωμα σε εγχειρήσιμο και αυξάνει το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης μετεγχειρητικό.

Οι επιπλοκές και οι ανεπιθύμητες ενέργειες δεν λείπουν και μπορούμε να τις κατατάξουμε σε πρώιμες και όψιμες.

Πρώιμες:

- Ακτινοδερματίτιδα, ένας τοπικός ερεθισμός του δέρματος που διακρίνεται σε τρεις μορφές: ερυθματώδης, φυσαλώδης και εσχαροποιητική.

- Βλάβη του βλεννογόνου του οργάνου.

Όψιμες είναι:

- Υπέρχρωση του δέρματος
- Καρκίνος δέρματος
- Βλάβη γεννητικών οργάνων
- Νεύρωση, λευχαιμία, βράχυνση χρόνου ζωής

Ακόμα η ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως : γενική καταβολή δυνάμεων, ανορεξία, απώλεια βάρους, πυρετικά δέκατα.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΥ
ΕΝΤΕΡΟΥ**

A.- Νοσηλευτική φροντίδα ασθενού που αντιμετωπίζεται χειρουργικά.

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου συνίστανται στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα.

Η προεγχειρητική προετοιμασία συνίστανται σε:

Γενική

Τοπική και

Τελική

A. Γενική προεγχειρητική προετοιμασία:

Αυτή περιλαμβάνει:

α) Την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή. Κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο και πρόκειται να χειρουργηθεί διακατέχεται από άγχος και φόβο για το άγνωστο. Πολύ περισσότερο, ο συγκεκριμένος ασθενής ο οποίος έχει να αντιμετωπίσει και το γεγονός της μόνιμης αναπηρίας. Καθήκον λοιπόν του νοσηλευτή είναι να ενημερώσει σχετικά τον ασθενή, να του εξηγήσει τι πρόκειται να συμβεί, με κατανοητά λόγια και σύμφωνα με το επίπεδο μόρφωσης του εκάστοτε ασθενή. Πρέπει να ενθαρρύνει τον άρρωστο να εξωτερικεύσει τους φόβους και τις ανησυχίες του και να εξηγήσει όλες τις απορίες του σχετικά με την επέμβαση που θα γίνει.

β) Την σωματική τόνωση. Χορηγείται τροφή πλούσια σε θερμίδες και φτωχή σε κυτταρίνη και λίπη για την σημαντική τόνωση του οργανισμού και τη μείωση του περιεχομένου του εντέρου.

Επίσης δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά.

Ακόμη αρχίζει αντιβίωση για την προστασία του οργανισμού από λοιμώξεις και χορηγούνται αντισηπτικά του εντέρου από το στόμα ή με μορφή υποκλυσμών. Επίσης τοποθετείται Σ. EVIN.

γ) Τη φροντίδα για να γίνουν όλες οι απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις καθώς και τα εργαστηριακά.

δ) Την καθαριότητα του ασθενούς η οποία περιλαμβάνει την ατομική καθαριότητα και την καθαριότητα του εντερικού σωλήνα. Το έντερο προετοιμάζεται για την εγχείρηση του με δίαιτες, οπότε χορηγείται γάλα μαγνησίου και δίνεται τροφή με όσο το δυνατό λιγότερα υπολείμματα. Την παραμονή της επέμβασης χορηγείται υδρική δίαιτα και το βράδυ γίνεται καθαρτικός υποκλισμός καθώς και το πρωί της μέρας της επέμβασης. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών και ενημερώνει ανάλογα τον γιατρό και την προϊσταμένη.

Όσον αφορά την καθαριότητα του σώματος την παραμονή γίνεται λουτρό καθαριότητας καθώς και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μολύνσεων.

ε) Την εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου για την αποφυγή αϋπνίας και κόπωσης που μπορεί να οδηγήσει σε μετεγχειρητικές ανωμαλίες ή και στην εμφάνιση επιπλοκών. Γι' αυτό δίνεται ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο, τη νύχτα της παραμονής.

Επίσης γίνεται προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών οδών κ.λ.π. καθώς και προσανατολισμός του ασθενούς στο θάλαμο που θα μεταφερθεί μετά την επέμβαση.

B. Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία

Είναι η ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου δηλαδή του μέρους του σώματος στο οποίο θα γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίστα-

νται στην αποτρίχωση, καθαριότητα και αντισηψία του δέρματος για την αποφυγή μολύνσεων. Στη συγκεκριμένη επέμβαση το εγχειρητικό πεδίο περιλαμβάνει την πρόσθια επιφάνεια του κορμού, από το ύψος των θηλών των μαστών μέχρι κάτωθεν της ηβικής σύμφυσης. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην καλή καθαριότητα του ομφαλού και των βουβωνικών πτυχών.

Γ. Τελική προεγχειρητική προετοιμασία

Αυτή περιλαμβάνει την παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή, το ντύσιμο του ασθενή μισή ώρα πριν από την καθορισμένη ώρα της επέμβασης με τη ρόμπα του χειρουργείου, τα ποδανάρια και τη σκούφια (αν πρόκειται για γυναίκα). Πριν ο ασθενής ντυθεί, πηγαίνει να ουρήσει, αν δεν υπάρχει καθετήρας Folley. Επίσης αφαιρούνται όλα τα ξένα σώματα (οδοντοστοιχίες) και τα κοσμήματα τα οποία παραδίδονται στους συγγενείς για φύλαξη. Τέλος γίνεται προνάρκωση η οποία έχει ήδη καθοριστεί από τον αναισθησιολόγο. Μετά την προνάρκωση φροντίζουμε να ξαπλώσει ο άρρωστος και διατηρούμε περιβάλλον ήσυχο και χωρίς έντονο φωτισμό. Ο ασθενής είναι έτοιμος πλέον για τη μεταφορά του στο χειρουργείο όπου αν είναι δυνατόν τον συνοδεύει ο νοσηλευτής.

Όσο ο ασθενής βρίσκεται στο χειρουργείο ο νοσηλευτής φροντίζει να ετοιμαστεί ο θάλαμος κατάλληλα για να δεχτεί το χειρουργημένο άρρωστο. Η ετοιμασία περιλαμβάνει το στρώσιμο του κρεβατιού, χειρουργικό δηλαδή ανοιχτό από όλες τις πλευρές χωρίς μαξιλάρι και με αδιάβροχο στο πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων για να προστατευθούν από τυχόν εμέτους.

Επίσης στο κομοδίνο τοποθετείται πετσέτα, ποτήρι με νερό, port cotton, νεφροειδές και στο πλάι χάρτινη σακούλα για τα

άχρηστα. Προηγουμένως ο θάλαμος έχει καθαριστεί με σφουγγάρισμα και υγρό ξεσκόνισμα των επίπλων και διατηρείται σκοτεινός και δροσερός.

Μετεγχειρητική φροντίδα

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του. Πρέπει να γίνεται από έμπειρο και επιδέξιο νοσηλευτή ο οποίος παρακολουθεί και αξιολογεί την κατάσταση του αρρώστου. Μόλις ο ασθενής μεταφερθεί στο τμήμα, τον παραλαμβάνει ένας νοσηλευτής και φροντίζει κατ' αρχήν για τη σωστή τοποθέτησή του στο κρεβάτι. Η πιό συνήθης θέση είναι ύπτια με το κεφάλι στραμμένο στο πλάι. Γίνεται λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων καθώς και έλεγχος της κατάστασης του τραύματος. Ο άρρωστος παρακολουθείται συχνά μέχρι την αφύπνιση του και προφυλάσσεται κατάλληλα από τυχόν διεργέρσεις. Επίσης ελέγχονται ο καθετήρας κύστεως, αν υπάρχει, και ο ορός που φέρει ο ασθενής από το χειρουργείο.

Τα δύο πρώτα 24ωρα, ο ασθενής με κολοστομία δεν παίρνει τίποτα από το στόμα. Έχει σωλήνα Levin και παίρνει υγρά μόνο παρεντερικά. Μετά το δεύτερο 24ωρο ο ασθενής παίρνει υγρά και μόλις αρχίσει να λειτουργεί το έντερο εμπλουτίζεται βαθμιαία το διαιτολόγιό του. Εφόσον ο ασθενής δέχεται καλά τα χορηγούμενα υγρά, το Levin αφαιρείται και διακόπτεται η παρεντερική χορήγηση.

Όταν ο ασθενής έχει προσωρινή κολοστομία έχει μόνο τραύμα στα κοιλιακά τοιχώματα, ενώ στη μόνιμη κολοστομία μπορεί να φέρει και τραύμα στην έδρα από την περινεοτομή. Έτσι ο νοσηλευ-

τής ανακουφίζει τον ασθενή από τον πόνο με την τοποθέτηση αεροθαλάμου, καθώς και τη συχνή αλλαγή της θέσεως. Για την εύκολη μετακίνηση του ασθενή, χωρίς τη μετακίνηση του επιδεσμικού υλικού βοηθάει πολύ η τοποθέτηση επιδέσεως (T). Επίσης αργότερα γίνονται εδρόλουτρα για την καθαριότητα και την πιο σύντομη επούλωση του τραύματος.

Ο ασθενής με περινεοτομή έχει μόνιμο καθετήρα κύστεως, γι' αυτό ο νοσηλευτής φροντίζει για την ακριβή μέτρηση και καταγραφή των ούρων, καθώς και για την πρόληψη απόφραξης του καθετήρα και μόλυνσης της κύστης.

Για την περιποίηση της κολοστομίας η οποία αποτελεί και το βασικό μέρος της μετεγχειρητικής φροντίδας του ασθενή θα γίνει λόγος παρακάτω.

Στα πλαίσια της μετεγχειρητικής φροντίδας ασθενούς με κολοστομία, περιλαμβάνεται και η φροντίδα για την πρόληψη ορισμένων μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Αυτές είναι :

- Πόνος

Αποτελεί φυσιολογικό φαινόμενο μετά από κάθε εγχείρηση. Πολλές φορές όμως επιδεινώνεται από τη διανοητική και συναισθηματική φόρτιση του αρρώστου. Για την ανακούφιση του από τον πόνο, ο νοσηλευτής του δίνει την κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, κάνει εντριβή στα πιεζόμενα μέλη, προστατεύει τον ασθενή κατά το βήχα και τους εμέτους και τέλος χορηγεί αναλγητικά μετά από ιατρική εντολή.

- Δίψα

Η δίψα προέρχεται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, μετά από τη νάρκωση, που προκαλείται από την ελάττω-

ση των εκκρίσεων και τη μείωση των υγρών του ασθενούς.

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις του στόματος, ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με port - cotton βουτηγμένο σε κρύο νερό, και με την παρεντερική χορήγηση υγρών.

- Εμετος

Αποτελεί κι αυτός φυσιολογικό φαινόμενο μετά τη νάρκωση και συνήθως διαρκεί μέχρι την απονάρκωση του αρρώστου. Αν ο ασθενής κάνει εμέτους ο νοσηλευτής γυρίζει το κεφάλι του στο πλάι και του δίνει νεφροειδές. Μετά από κάθε έμετο το απομακρύνει, το καθαρίζει και φροντίζει για την καθαριότητα των κλινοσκεπασμάτων.

Επίσης πλένει το στόμα του αρρώστου με νερό. Αν οι έμετοι συνεχίζονται, χορηγούνται αντιεμετικά ή γίνεται διασωλήνωση με Levin.

- Αιμορραγία

Προκαλείται από μη καλή απολίνωση των αγγείων, τη μόλυνση του τραύματος, καθώς και από τις βίαιες κινήσεις του ασθενούς. Αν είναι εξωτερική, ο νοσηλευτής την αντιμετωπίζει με πιεστική επίδεση ενώ αν είναι εσωτερική, ειδοποιεί αμέσως το γιατρό, δε δίνει τίποτα από το στόμα, φροντίζει για την ετοιμασία αίματος από την αιμοδοσία, καθώς επίσης και για την ενδοφλέβια έγχυση ορού.

- Μετεγχειρητικό shock

Είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Αντιμετωπίζεται με την ανύψωση του εγκεφάλου, με τη θέρμανση του αρρώστου με θερμοφόρες, καθώς και με τη χορήγηση καρδιοτονωτικών αίματος ή πλάσματος IV μετά από οδηγίες του γιατρού.

- Υποστατική πνευμονία

Αυτή οφείλεται στη συνεχή κατάκλιση, στον μη καλό αερισμό των πνευμόνων και στον αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα από βλεννώδεις εκκρίσεις.

Η επιπλοκή αυτή προλαμβάνεται με τη συχνή αλλαγή της θέσης του ασθενούς στο κρεβάτι, με αναπνευστικές ασκήσεις (βαθιές εισπνοές, βήχα για την αποβολή των εκκρίσεων) και περιποίηση του στόματος και του ρινοφάρυγγα καθημερινώς.

- Διάταση στομάχου

Τα αίτια που προκαλούν αυτή την επιπλοκή είναι η υποτονία των μυών του στομάχου, η μείωση της λειτουργικότητας του στομάχου, η μείωση της κινητικότητας του ασθενή και η ελλιπής καθαριότητα του εντερικού σωλήνα.

Τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής είναι μετεωρισμός της κοιλιάς, βάρος στο επιγάστριο, λόξυγγας, δύσπνοια και έμετοι. Η πρόληψη της επιπλοκής συνίστανται στην καταπολέμηση των αιτιών.

- Τυμπανισμός κοιλιάς

Είναι η συσσώρευση των αερίων στο παχύ έντερο. Προκαλείται από την υποτονία των μυών και αδράνεια του εντέρου, από ελλιπή καθαριότητα του εντερικού σωλήνα και από την λήψη τροφών που προκαλούν αέρια.

Ο ασθενής υποφέρει από μετεωρισμό της κοιλιάς και κοιλικούς πόνους που προέρχονται από την κυκλοφορία των αερίων που δεν μπορούν να αποβληθούν.

Η ανακούφιση του αρρώστου περιλαμβάνει:

Ελαφρά στροφή του στο πλάι.

Τοποθέτηση σωλήνα αερίων και θερμοφόρας στο επιγάστριο.

Χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων όταν οι άλλες μέθοδοι δεν αποδίδουν.

- Παραλυτικός ειλεός

Είναι η παρατεταμένη διάταση του στομάχου και του εντέρου που μπορεί να καταλήξει σε πρόσκαιρη παράλυση του εντερικού σωλήνα. Τα αίτια και η αντιμετώπιση είναι τα ίδια όπως και στο μετεωρισμό κοιλιάς.

Η διαφορά είναι η διασωλήνωση του εντέρου με το σωλήνα Miller-Abbot και η σύνδεση του με συνεχή αναρρόφηση όταν τα άλλα μέσα δεν επιφέρουν αποτέλεσμα.

- Μόλυνση και ρήξη τραύματος

Η μόλυνση οφείλεται στη μη τήρηση των κανόνων ασηψίας και αντισηψίας και εκδηλώνεται με πόνο, ερυθρότητα, θερμότητα, οίδημα και πυώδη εκροή. Ακόμη συνυπάρχουν πυρετός και γενική κακουχία. Η ρήξη τραύματος συμβαίνει συνήθως σε παχύσαρκα άτομα και μετά από απότομες κινήσεις.

Η πρόληψή του συνίστανται στην υποστήριξη του τραύματος με χειρουργική ζώνη, στην καταστολή του βήχα και των εμέτων και στην αποφυγή βίαιων κινήσεων του ασθενούς.

- Κατακλίσεις

Είναι μια από τις πιο συχνές επιπλοκές των χειρουργημένων ασθενών.

Οφείλεται στην παρατεταμένη κατάκλιση, στον περιορισμό των κινήσεων, στη συνεχή πίεση των μελών του σώματος, και στην κακή κυκλοφορία. Άλλοι παράγοντες που συντελούν είναι η εξασθένιση του οργανισμού, η ύπαρξη αντικειμένων στο κρεβάτι καθώς και τα βρεγμένα από ούρα κλινοσκεπάσματα.

Η πρόληψη των κατακλίσεων είναι αναγκαία, γιατί η θεραπεία τους είναι δύσκολη και μακροχρόνια. Συνιστάται στη συχνή αλλα-

γή θέσεως, σε εντριβές στα πιεζόμενα μέρη, στην αλλαγή των λευχειμάτων όταν βραχούν και στην ενίσχυση του οργανισμού με τη χορήγηση τροφής ανωτέρας βιολογικής αξίας.

Ευνόητο είναι ότι ο νοσηλευτής που νοσηλεύει χειρουργημένο ασθενή, θα φροντίσει ώστε να προληφθούν έγκαιρα αυτές οι επιπλοκές που τόσο θα ταλαιπωρήσουν τον άρρωστο αν εμφανιστούν και προστεθούν στην ήδη βεβαρημένη κατάστασή του. Αλλά και αν για οποιοδήποτε λόγο εμφανισθεί κάποια επιπλοκή, ο νοσηλευτής με τις γνώσεις και την πείρα του καθώς και με την καθοδήγηση του γιατρού, θα φροντίσει να εξαλειφθούν όσο το δυνατό γρηγορότερα και με λιγότερες συνέπειες.

Κ Ο Λ Ο Σ Τ Ο Μ Ι Α

Είναι η κατάσταση εκείνη κατά την οποία ανοίγεται το κόλον και δημιουργείται στόμιο στα κοιλιακά τοιχώματα με χειρουργική επέμβαση, προς παροχέτευση του περιεχομένου του. Η κολοστομία μπορεί να είναι:

α) Πρόσκαιρη : στην περίπτωση αυτή το αίτιο είναι εντοπισμένο στο ανώτερο τμήμα του παχέος εντέρου και η παρα-φύσιν έδρα συγκλίνεται σε δεύτερο χρόνο.

β) Μόνιμη : αυτή γίνεται όταν το αίτιο είναι εντοπισμένο στο κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου (σιγμοειδές, ορθό). Αυτή είναι ισόβια και κατά την επέμβαση γίνεται λαπαροπερινεκτομή.

Περιποίηση κολοστομίας

Τις πρώτες δύο μέρες η αλλαγή του τραύματος γίνεται άσηπτη. Μετά μόλις αρχίσει να λειτουργεί το έντερο, γίνεται με καθαρά, αλλά όχι αποστειρωμένα αντικείμενα. Το κολοπλάστ αλλάζεται κάθε φορά που υπάρχει κένωση.

Τα αντικείμενα που χρησιμοποιούμε για την αλλαγή και την περιποίηση της κολοστομίας είναι τα εξής:

1. Παραβάν για την προστασία του αρρώστου από τα αδιάκριτα βλέμματα.
2. Δεκάνη και κανάτα με χλιαρό νερό.
3. Νεφροειδές, τρίφτης, σαπούνι.
4. Τετράγωνο αδιάβροχο.
5. Φιαλίδια με αιθέρα, βενζίνη και φυσιολογικό ορό.
6. Βαμβάκι και γάζες.
7. Set αλλαγής που περιλαμβάνει: 1 λαβίδα Kelly, 1 ψαλίδι, γάζες.

8. Προστατευτική αλοιφή δέρματος για την αποφυγή δερματίτιδας από τα εντερικά υγρά.

9. Σπάτουλα για την επίστρωση της αλοιφής και κολοπλάστ.

Ο τρόπος νοσηλείας έχει ως εξής :

Τοποθετούμε το παραβάν γύρω από το κρεβάτι του αρρώστου και τακτοποιούμε τα κλινοσκεπάσματα, διπλώνοντας τα παπλώματα προς τα κάτω. Σε μια καρέκλα τοποθετούμε τη λεκάνη, την κανάτα, τον τρίφτη και το σαπούνι. Τοποθετούμε το τετράγωνο αδιάβροχο και ένα νεδροειδές στρωμένο με βαμβάκι, δίπλα στο σώμα του αρρώστου και αφαιρούμε την ακάθαρτη συσκευή τεντώνοντας το δέρμα με το ένα χέρι.

Αν υπάρχουν κόπρανα πάνω στην κολοστομία, ξεπλένουμε με άφθονο φυσιολογικό ορό και συνεχίζουμε με την περιποίηση του υγιούς δέρματος. Σαπουνίζουμε το δέρμα γύρω από την κολοστομία, ξεπλένουμε και στεγνώνουμε πολύ καλά. Επαλείφουμε την προστατευτική αλοιφή και με μια γάζα βρεγμένη με φυσιολογικό ορό επαλείφουμε την ίδια την κολοστομία. Κατόπιν εφαρμόζουμε την καθαρή συσκευή. Στη συνέχεια συγκεντώνουμε και απομακρύνουμε υλικό που χρησιμοποιήσαμε, αφαιρούμε το παραβάν και αερίζουμε το θάλαμο. Επίσης για την εξουδετέρωση της κακοσμίας μπορεί να χρησιμοποιήσουμε κάποιο αποσμητικό spray.

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, ο νοσηλευτής δεν πρέπει να κάνει μορφασμούς δυσαρέσκειας και επιτιμητικά σχόλια πράγμα πολύ δυσάρεστο και αποθαρρυντικό για τον ασθενή.

Εκπλυση με υποκλυσμό

Χρησιμοποιούμε τα εξής:

1. Συσκευή επιπλύσεως (δοχείο ή σάκκος, σωλήνας, συνδετι-

κό) (ριγκατέρο).

2. Καθετήρας.

3. Διάλυμα, θερμοκρασίας 40-40,5⁰C.

4. Βαζελίνη για τη λίπανση του καθετήρα.

5. Χαρτοβάμβακα για τον καθαρισμό της κολοστομίας πριν και μετά την πλύση.

6. Χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα.

7. Γάζες.

Κατά προτίμηση ο ασθενής είναι σε καθιστική θέση και ενθαρρύνεται να παρακολουθεί την όλη διαδικασία. Κάθε τι που γίνεται του εξηγείται με απλά και κατανοητά λόγια.

Λιπαίνουμε τον καθετήρα με βαζελίνη για τη μείωση των τριβών και τον εισάγουμε 2-3cm στην αρχή. Το διάλυμα εισάγεται στο έντερο. Προοδευτικά εισάγουμε τον καθετήρα μέχρι 6-8 cm. Αρχικά το ποσό του διαλύματος είναι 500 cc και βαθμιαία αυξάνεται μέχρι 1500 cc. Το είδος του διαλύματος μπορεί να είναι σαπουνούχο νερού - φυσιολογικός ορός. Η έκπλυση μπορεί να γίνεται καθημερινά ή κάθε 3 ημέρες. Η όλη διαδικασία διαρκεί 30-45'. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διδάξει τον ασθενή ότι ο ρυθμός ροής του διαλύματος ποικίλλει ανάλογα με την πίεση και τη διάμετρο του σωλήνα, και ότι η πίεση εξαρτάται από το ύψος του δοχείου. Έτσι όταν επιθυμείται αυξημένη πίεση το δοχείο ανυψώνεται ενώ στην περίπτωση που θα εμφανίσουν κοιλιακά άλγη το ύψος μειώνεται.

Ο σκοπός της έκπλυσης της κολοστομίας είναι η απομάκρυνση των κοπρανωδών μαζών από το περιφερικό τμήμα του εντέρου.

Εκλογή της κατάλληλης διαίτας ασθενούς με κολοστομία

Αρχικά η διαίτα που ακολουθεί ο ασθενής είναι υδρική (σούπες, τσάι). Προοδευτικά η διαίτα περιλαμβάνει περισσότερα είδη τροφών, αλλά πάντα με μικρό υπόλειμα. Στην αρχή η αυστηρή διαίτα είναι απαραίτητη στην συνέχεια όμως καθίστανται περισσότερο ελεύθερη.

Τροφές που επιτρέπονται σε ασθενή με κολοστομία είναι τα ωμά φρούτα και λαχανικά, ψωμί, δημητριακά, ρύζι, πατάτες, σούπες, τυρί, κρέμες διάφορες, χυμός πορτοκαλιού, ψάρια. Τρόφιμα που δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο διαιτολόγιο του ασθενούς είναι αυτά που προκαλούν αέρια (όσπρια κ.λ.π.) τα άγουρα φρούτα, τα τηγανητά καθώς και τα πολλά καρυκεύματα και σάλτσες. Επίσης απαγορεύεται η λήψη τροφής σε υπερβολική ποσότητα και σε ακανόνιστες ώρες. Το διαιτολόγιο αυτό συνιστάται μετά την πάροδο δύο μηνών και εφόσον ο έλεγχος των κενώσεων είναι ικανοποιητικός.

Επιπλοκές της κολοστομίας

Εκτός από τον τοπικό ερεθισμό του δέρματος γύρω από την κολοστομία, του οποίου η φροντίδα αναφέρθηκε, άλλες επιπλοκές είναι οι εξής:

1. Εισαλκή, είναι πολύ βαριά επιπλοκή, κυρίως όταν το άκρο του εντέρου ελκυσθεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Τα αίτια της επιπλοκής είναι:

- Η παχυσάρκια

- Η ανάπτυξη παραλυτικού ή μηχανικού ειλεού μετεγχειρητικά

- Το अपαρασκευάστο έντερο, το οποίο περιέχει κοπρανώδεις μάζες.

- Η ισχαιμία και η γάγγραινα του τμήματος του εντέρου που βρίσκεται έξω.

Το εντερικό άκρο που εμφανίζει εισακή είναι δυνατό να μη φτάσει στην περιτοναϊκή κοιλότητα αλλά να παραμείνει στον υποδόριο συνθετικό ιστό και να αναπτυχθεί φλεγμονή. Η πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση είναι η πρόληψη των παραγόντων που προκαλούν την επιπλοκή αυτή. Επί εγκαταστάσεως της επιπλοκής συνίστανται επανεγχείρηση και κατασκευή νέας τεχνικά άρτιας κολοστομίας, με την ανάλογη νοσηλευτική φροντίδα.

2. Διάτρηση : προκαλείται συνήθως από κάκωση του εντέρου, εξαιτίας του ρύγχους της συσκευής των υποκλυσμών, και εμφανίζεται και στην μόνιμη και στην πρόσκαιρη κολοστομία. Όταν η διάτρηση του εντέρου συμβεί μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα προκαλεί ταχέως την ανάπτυξη περιτονίτιδος. Η θεραπεία είναι χειρουργική.

3. Περικολική φλεγμονή και περικολικά αποστήματα : εμφανίζεται όταν ο περικολικός ιστός επιμολυνθεί από τα εντερικά υγρά της κολοστομίας.

Η επιμόλυνση αυτή προλαμβάνεται με την τοποθέτηση βαζελινούχων γαζών γύρω από το προβάλλον τμήμα του εντέρου πριν ή αφού ανοιχτεί.

Επί εγκαταστάσεως της φλεγμονής και δημιουργίας αποστήματος εκτός από την αντιβίωση εκτελείται σχάση και παροχέτευση της πυώδους εκροής.

B. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπεία

Τα χημειοθεραπευτικά χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις που οι άλλες μέθοδοι δεν μπορούν να βοηθήσουν ή σε συνδυασμό με αυ-

τές. Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά προκαλούν ναυτία, έμετο, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο το ΓΕΣ, και ορισμένα προκαλούν διάρροια ή δυσκοιλιότητα.

Αλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες και πολλές κάνουν δερματίτιδες, αλωπεκία και σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών.

Η νοσηλευτική φροντίδα συνίστανται στην άρση αυτών των προβλημάτων και την ανακούφιση του αρρώστου. Αυτή περιλαμβάνει:

- Ενημέρωση, προετοιμασία και ψυχική υποστήριξη του ασθενούς.
- Χορήγηση αντιεμετικών.
- Συχνά, μικρά γεύματα καθώς και επαρκής υδάτωση.
- Προστασία του αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον κλπ).
- Λήψη μέτρων για να μην έρθει το φάρμακο σε επαφή με το δέρμα.
- Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθηση των γύρω ιστών.

Μια από τις κύριες ευθύνες του νοσηλευτή είναι η ακριβής χορήγηση των φαρμάκων και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, καθώς και η πρόληψη των παρενεργειών και η προφύλαξη του ασθενή και του εαυτού του. Ο ρόλος λοιπόν του νοσηλευτή στην περίπτωση αυτή είναι πολύ σημαντικός και η ίδια αποτελεί σημαντικό βοηθό του γιατρού.

Γ. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται με ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία σπάνια χρησιμοποιείται μόνη της σαν μέθοδος θεραπείας. Πιο συχνά χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με τις άλλες μεθόδους, και παρηγορητικά για υποχώρηση των συμπτωμάτων.

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση του αρρώστου που παρουσιάζει ναυτία και εμέτους περιλαμβάνει τη χορήγηση ηρεμιστικών και αντιεμετικών, τη χορήγηση τροφής υψηλής θερμιδικής αξίας, σε μικρά και συχνά γεύματα καθώς και τη λήψη πολλών υγρών.

Αν ο άρρωστος εμφανίσει αντιδράσεις από το δέρμα, ο νοσηλευτής παρατηρεί για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση και χορηγεί ουδέτερες κρέμες, γίνεται πλύση του δέρματος με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό και προστατεύεται το δέρμα από την ψηλή θερμοκρασία την ηλιακή ακτινοβολία καθώς και από τραυματισμούς και τριβές.

Σε περίπτωση διάρροιας χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα και δίαιτα με μικρό υπόλειμα.

Σε περίπτωση καταστολής του μυελού των οστών, ο νοσηλευτής φροντίζει για την προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς και παρατηρεί για εμφάνιση αιμορραγιών οπότε φροντίζει για την αντιμετώπισή τους.

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

Ο καρκίνος είναι ένα νόσημα χρόνιο το οποίο συχνά συνεπάγεται ακρωτηριαστικές επεμβάσεις, τοξικές φαρμακευτικές θεραπείες, σε αρκετές περιπτώσεις πόνους και τελικά θάνατο. Κι αυτά παρά τις προόδους που αναμφισβήτητα έχουν σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες στη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου. Η πορεία του καρκίνου όπως και κάθε άλλου χρόνιου εξελικτικού ή θανατηφόρου νοσήματος συνεπάγεται σημαντικές ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις τόσο στους αρρώστους όσο και στο περιβάλλον τους.

Φυσικά δεν πρέπει να αγνοήσουμε ότι σοβαρές επιπτώσεις συνεπάγεται το νόσημα και για τους επαγγελματίες υγείας, γιατρούς, νοσηλευτές κ.λ.π. που ασχολούνται με τους καρκινοπαθείς. Είναι λοιπόν επιτακτική ανάγκη για όλους εμάς που εργαζόμαστε για τον άρρωστο να εξασφαλίσουμε την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη και βοήθεια στο άτομο που υποφέρει από μια θανατηφόρο αρρώστια όπως ο καρκίνος.

Για να γίνει αυτό, χρειάζεται καταρχήν ο Νοσηλευτής/τρια να εμπάθυνει & να καταλάβει πως αυτός ο άρρωστος νιώθει ποιές είναι οι εμπειρίες του, ποιές είναι οι επιδράσεις του, ποιές οι ιδιαίτερες του ανάγκες και πως μπορούν να ικανοποιηθούν. Σκοπό του πρέπει να έχει να βοηθήσει τον άρρωστο να παρουσιάσει δραστηριότητες που συντελούν στη διατήρηση ή επαναφορά της υγείας του. Τις δραστηριότητες αυτές θα τις διεκπεραιώνει μόνο του το άτομο, αν είχε την απαραίτητη δύναμη, γνώσεις και θέληση. Αυτό πρέπει να το επιδιώκει ο νοσηλευτής με τέτοιο τρόπο ώστε να βοηθά το

άτομο να κερδίσει την ανεξαρτησία του, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα. Να οδηγεί δηλαδή τα άτομα στην αυτοφροντίδα. Τούτο έχει ιδιαίτερη σημασία για τον καρκινοπαθή, ο οποίος και με το άκουσμα της διάγνωσης, πολλές φορές παραδίδεται απογοητεύεται και πεθαίνει κυριολεκτικά ενώ ακόμη βρίσκεται στην ζωή. Το άτομο το οποίο διαγνώσθηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη λοιπόν κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική.

Ο "καρκινοπαθής και η αλήθεια" είναι ένα μέρος του μεγαλύτερου προβλήματος της αλήθειας στην Ιατρική. Θα πρέπει από την αρχή να τονιστεί πως δεν υπάρχει ενιαία αντιμετώπιση του προβλήματος στις διάφορες χώρες. Κι ακόμα ότι δεν πρέπει να θεωρείται, οριστικοποιημένη η στάση που σήμερα τηρείται. Σε πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης και στις ΗΠΑ έχει τα τελευταία χρόνια επικρατήσει η άποψη της ανακοίνωσης στον άρρωστο όλης της αλήθειας σχετικά με την νόσο του και λεπτομερειών σχετικά με την πρόγνωση. Σε μελέτη που έγινε στη PHILADELPHIA το 1953 μεταξύ 442 γιατρών ποσοστό 31% απάντησε πως πάντα ή συνήθως λένε τη διάγνωση στον άρρωστο ενώ 69% απάντησε πως σπάνια τη λένε ή δεν την ομολογούν ποτέ. Στις αρχές της δεκαετίας του '60 οι γιατροί Αμερικανικών Νοσοκομείων εξακολουθούν να κρύβουν την αλήθεια από τον άρρωστο. Ποσοστό 90% από 219 γιατρούς που ρωτήθηκαν είπαν πως γενικά δεν πληροφορούν τον άρρωστο πάνω στις καίριες αλήθειες. Η στάση όμως αυτή φαίνεται πως αναθεωρήθηκε μέσα σε μια μόλις δεκαετία. Μελέτη που έγινε το 1970 με ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν σε 178 γιατρούς έδειξε πως 66% ενημερώνουν μερικές φορές, 25% λένε πάντα την αλήθεια και 9% δεν λένε ποτέ την αλήθεια. Το 1974 το θέμα αποτελεί ακόμα αντικείμενο συζήτη-

σης και προβληματισμού. Πιό πρόσφατη μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ (1979) μεταξύ 264 γιατρών δείχνει πλήρη αναστροφή των στάσεων και απόψεων του 1961 : 97% των γιατρών προτιμούν να λένε στους αρρώστους την ακριβή διάγνωση. Στην Ελλάδα όπου συνήθως ως τώρα η αλήθεια δεν ομολογείται και ο άρρωστος δεν ενημερώνεται επίσημα, πολλοί ξέρουν τελικά την αλήθεια μαθαίνοντάς την έμμεσα είτε από μισόλογα και τις κουβέντες του διαδρόμου, είτε από το υπέρμετρο ενδιαφέρον και τον υπερπροστατευτισμό που δείχνουν συγγενείς και φίλοι είτε από το χώρο στον οποίο νοσηλεύονται, είτε από το είδος της θεραπείας στην οποία υποβάλλονται.

Και γεννάται το ερώτημα : Πρέπει να γνωρίζει την διάγνωση της αρρώστιας του ο άρρωστος με καρκίνο; Η ερώτηση αυτή έχει απασχολήσει και απασχολεί ακόμη γιατρούς, ψυχιάτρους, εκκλησία και όλους εκείνους που εργάζονται κοντά του, για να προστεθεί ένα μεγάλο ερώτημα και σε μας τους νοσηλευτές. Ο τρόπος που ο άρρωστος δέχεται την πληροφορία ότι έχει καρκίνο εξαρτάται από την ψυχοσύνθεσή του και το χαρακτήρα του, από την φιλοσοφία του για την ζωή και τις απόψεις του γύρω από τη ζωή και το θάνατο. Η αντίδραση του κάθε ανθρώπου σε κάποιο γεγονός μπορεί να ανιχνευθεί σε ένα ευρύ φάσμα όπου το ένα άκρο του είναι αυτό που ονομάζουμε φυσιολογικό για να φτάσει στις καθαρά παθολογικές μορφές. Από τη γνωμάτευση οι άρρωστοι παίρνουν θάρρος και βάζουν οροδείκτες πορείας. Αντίθετα άλλοι άνθρωποι πιό ευαίσθητοι στον πόνο και την αρρώστια δεν αντέχουν ν' ακούσουν την μοιραία αλήθεια που όντως σπάει κόκαλα. Και πράγματι πόσοι από μας τους κοινούς ανθρώπους μπορούν να πουν ότι είναι πιό δυνατοί από την οδύνη της κάθε αρρώστιας και στην προκειμένη περίπτωση της οδυνηρότητας καρκινικής νεοπλασίας π.χ. των οστών;

Η απόκρυψη της διάγνωσης της αρρώστιας ποτέ δεν μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Ο άρρωστος πολλές φορές πληροφορείται την αρρώστια του από άλλους αρρώστους, επισκέπτες και όχι σπάνια άτεχνα, από το γιατρό, ή το νοσηλευτή με αποτέλεσμα ο τρόπος αυτός ενημέρωσής του να κλονίζει την πίστη και την εμπιστοσύνη του στο γιατρό και το νοσηλευτή. Μεταξύ των δικαιωμάτων του αρρώστου είναι να γνωρίζει την αρρώστια του και να βοηθείται από την ομάδα υγείας να παίρνει τις σωστές αποφάσεις. Άλλωστε οι περισσότεροι υγιείς και οι άρρωστοι στις ΗΠΑ, που ρωτήθηκαν αν θα ήθελαν να γνωρίζουν την αρρώστια τους δήλωσαν ότι προτιμούν να είναι ενημερωμένοι.

Είναι βέβαιο ότι υπάρχουν ορισμένοι άρρωστοι που αρνούνται τελείως την πάθησή τους αλλά δεν έχουν την ψυχική δύναμη να αντιμετωπίσουν όλη την αλήθεια που σχετίζεται μ' αυτήν. Σ' αυτούς τους αρρώστους η γνωστοποίηση κάθε πληροφορίας από μέρους μας θα πρέπει να κατευθύνεται από συμπόνοια, στοργή, επαγρύπνηση και ανθρωπισμό. Έτσι θα μπορέσουμε να αποσπάσουμε την συμπάθεια του αρρώστου, και θα επιβληθούμε, ώστε να δέχεται όσα του λέμε καθώς και τη θεραπεία του που υποδείχτηκε. Ορθά παρατηρείται πως η φαρμακολογική αξία της αλήθειας είναι πολύ ανώτερη του ψεύδους.

Οι άρρωστοί συνήθως είναι μέλη οικογένειας. Γι' αυτό μια διάγνωση καρκίνου, έστω και με καλή πρόγνωση, συνήθως απειλεί την οικογένεια. Η αγωνία και η θέση των συγγενών αρχίζει με τη υποψία πριν την διάγνωση. Η επικοινωνία του νοσηλευτή με τους συγγενείς του αρρώστου είναι απαραίτητη, επειδή χρειάζονται ενίσχυση. Οι συγγενείς έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι οι άρρωστοι τους βρίσκονται σε έμπειρα χέρια.

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να αποτελεί το συνδετικό κρίκο οικογένειας και αρρώστου και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλαμβάνουν τον άρρωστο στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας με την συμμετοχή του σ' αυτά όσο είναι δυνατόν.

Πάντως είναι επιτακτική η ανάγκη να αναθεωρήσουμε τις απόψεις μας για την αρρώστια και το θάνατο γενικότερα. Η αναθεώρηση αυτή θα επηρεάσει τα συναισθήματά μας απέναντί της και τότε θα μπορέσουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο να ξεπεράσει τους φόβους του και να αντιμετωπίσει με πίστη και με αισιοδοξία το μέλλον. Ακόμη θα επιτύχουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο με καρκίνο, όταν κατορθώσουμε να μην εμβαθύνουμε στον πόνο του, αλλά να τον κατανοήσουμε και να τον συμπαθήσουμε χωρίς παράλληλα να έχουμε απομακρυνθεί από τον άρρωστο και τον κόσμο του.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Ενα ιδεώδες και πλήρες πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης καλό θα ήταν να αρχίζει από τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου. Γι' αυτό και χρειάζεται να υπάρχει δικτύωση ανάμεσα στα διαγνωστικά κέντρα και τους φορείς των προγραμμάτων αποκατάστασης. Ενα τέτοιο πρόγραμμα αποτελείται από τρεις φάσεις:

α) Η πρώτη φάση της αποκατάστασης του ασθενή είναι προπαρασκευαστική. Ο στόχος αυτής της φάσης είναι η ψυχολογική και η πρακτική προετοιμασία και υποστήριξη του ασθενή κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας που θα περάσει.

β) Η δεύτερη φάση θα μπορούσε να ονομαστεί κλινική και καλύπτει την περίοδο που ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο.

γ) Η τρίτη φάση θα μπορούσε να ονομαστεί μετακλινική και αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής εγκαταλείπει το νοσοκομείο.

Η φάση αυτή αποτελεί τον κυρίως κορμό της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η άρτια λειτουργία ενός προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης απαιτεί κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό.

Ενα από τα αντιπροσωπευτικά προγράμματα αποκατάστασης για άτομα με καρκίνο, το οποίο αποτελεί μια έμπρακτη εφαρμογή των απόψεων της ολιστικής Ιατρικής, είναι κι αυτό που εφαρμόζουν οι Simonton, οι οποίοι βασίζουν το πρόγραμμά τους σε ένα ολιστικό θεωρητικό μοντέλο ανάπτυξης του καρκίνου που συνθέτει τα ευρήματα-πολλών ψυχοσωματικών ερευνών της τελευταίας εικοσαετίας και ιδιαίτερα εκείνων που θεωρούν τον υποθάλαμο σαν κεντρικό παράγοντα στη σχέση ανάμεσα στην συναισθηματική κατάσταση και την ανοσοποιητική δραστηριότητα. Σύμφωνα με τους Simonton, μια αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκίνου χρειάζεται - πα-

ράλληλα με την θεραπευτική αγωγή που ακολουθεί ο ασθενής - μια συστηματική προσπάθεια να ξεπεραστούν τα συναισθήματα που ενδεχόμενα μειώνουν την ικανότητα του οργανισμού να αντισταθεί στα καρκινικά κύτταρα. Μια τέτοια άποψη μοιραία αλλάζει σημαντικά το ρόλο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της προσδίδει ένα πιο δυναμικό ρόλο.

Ο βασικός σκοπός μιας ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι να αντικαταστήσει την κατάθλιψη και την απελπισία με μια αισιόδοξη θεώρηση της ζωής και να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις που θα ενεργοποιήσουν τον ασθενή, ώστε να αναλάβει έναν ενεργητικό ρόλο στην ανάκτηση της υγείας του. Το πρώτο βήμα είναι να ανακτήσει ο ασθενής την επιθυμία για ζωή. Παρόλο που όλοι οι ασθενείς ισχυρίζονται ότι θέλουν να ζήσουν, μερικοί από αυτούς δεν συμπεριφέρονται ανάλογα.

Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, από τη στιγμή της πρώτης ύποπτης διαγνώσεως του καρκίνου πρέπει να κρατήσουν στάση κατανοήσεως σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον ασθενή. Η υποστήριξη του ασθενή στη φάση αυτή είναι πολύ ουσιαστική, δηλαδή να αρχίσει πριν ακόμη κατασταλάξουν τα συναισθήματα του και αρχίσει να υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που είναι δύσκολο να επηρεάσουμε ή ελέγξουμε αργότερα. Επειδή όμως στη φάση αυτή - βοήθειας αποκατάστασης - του ασθενή με τα μέλη της ομάδας υγείας ασκεί επίδραση η οικογένεια του ασθενή και το κοινωνικό του περιβάλλον, θα πρέπει στις διαστάσεις της αποκαταστάσεως να συμπεριλαμβάνονται και αυτές οι ομάδες πληθυσμού.

Η παρουσία κολοστομίας, όπως είναι φυσικό επηρεάζει την ψυχολογία του ασθενή καθώς διαφοροποιεί κατά ένα μέρος τον τρόπο ζωής του. Πριν ο ασθενής μπει στο χειρουργείο πρέπει να ξέρει

τι θα συμβεί.

Ο ρόλος και η βοήθεια της νοσηλεύτριας, αρχίζει με την εισαγωγή του ασθενούς και διαρκεί ως την έξοδό του από το νοσοκομείο ίσως και στην κοινότητα. Το πρώτο βήμα είναι η σωστή ενημέρωση και ταυτόχρονα η ηθική υποστήριξη ώστε ο ασθενής να γίνει ικανός να αντιμετωπίσει την πιθανή κολοστομία.

Η νοσηλεύτρια θα απαντήσει φιλικά και σ' όλες τις απορίες του ασθενή και θα του εξηγήσει γιατί είναι απαραίτητη η συγκεκριμένη επέμβαση καθώς και για το πόσο θα τον ωφελήσει.

Σημαντική ενίσχυση θα ήταν η συνάντηση και συζήτηση του ασθενή με κάποιο άτομο που έχει χειρουργηθεί και έχει αποδεχθεί την κολοστομία και ζει συμφιλιωμένος με το "νέο τρόπο" ζωής του. Αλλά επειδή και πάλι παραμένει αρκετά δύσκολο να συνηθίσει ο ασθενής τη νέα κατάσταση, η συμπαράσταση, η στοργή, η καλοσύνη και η ανθρωπιά του νοσηλευτή παίζουν κύριο ρόλο στη νοσηλεία του.

Από τη στιγμή που θα γίνει η εγχείρηση και ξυπνήσει ο ασθενής, νέα ερωτηματικά και αμφιβολίες εμφανίζονται τώρα που συνειδητοποιεί την πραγματικότητα. Αφού περάσουν λίγες ημέρες και ο ασθενής εξοικειωθεί με την παραφύσιν έδρα και ηρεμήσει ψυχολογικά, θα αρχίσει η διδασκαλία για την περιποίηση της κολοστομίας από τον ίδιο πράγμα που σιγά-σιγά θα τον βοηθήσει να νοιώθει πιο άνετα καθώς δεν θα εξαρτάται από άλλους.

Η εκμάθηση θα γίνει βαθμιαία με την ακόλουθη σειρά. Αρχικά ο νοσηλευτής εξηγεί θεωρητικά την προετοιμασία της νοσηλείας. Επειτα ο ασθενής παρακολουθεί το νοσηλεύτη να προετοιμάζει μόνη της τα απαραίτητα είδη και να εκτελεί την αλλαγή. Σταδιακά αρχίζει να βοηθά και ο ίδιος στην εκτέλεση της αλλαγής.

Κατόπιν πραγματοποιεί μόνο του το μεγαλύτερο μέρος αυτής. Με τον καιρό, όταν η νοσηλεύτρια διαπιστώσει πως ο ασθενής έχει εξοικειωθεί με την όλη διαδικασία, του επιτρέπει να εκτελεί μόνος όλη την αλλαγή και λίγο αργότερα, αν ο ίδιος θέλει να αναλάβει την ευθύνη, εκτελεί και την προετοιμασία και την αλλαγή.

Υπάρχει όμως περίπτωση να μην μπορεί ο ίδιος ο ασθενής να αναλάβει τη νοσηλεία του, είτε γιατί είναι υπερήλικας είτε μη ισορροπημένο διανοητικά ή συναισθηματικά άτομο. Τότε ο νοσηλευτής θα διδάξει τον τρόπο νοσηλείας στον πλησιέστερο συγγενή του ασθενή, αν βέβαια κριθεί κατάλληλος για αυτή την εργασία και αν δεχτεί φυσικά υπεύθυνα να την αναλάβει. Αν όμως δεν υπάρχει αυτό το συγγενικό πρόσωπο, τότε ο νοσηλευτής συνεργαζόμενος με κοινωνική λειτουργό, φροντίζει να γίνεται η νοσηλεία από μια επισκέπτρια αδελφή.

Αλλά και για τους υπόλοιπους ασθενείς που έχουν οικογένεια και συγγενείς, για να επανέλθουν στο φυσιολογικό τρόπο ζωής, είναι απαραίτητο να τους προσφερθεί το κατάλληλο κλίμα από το περιβάλλον τους. Γι' αυτό εκτός από την ενημέρωση, τη διδασκαλία και την ηθική υποστήριξη στον ίδιο τον ασθενή, ο νοσηλευτής οφείλει να βοηθήσει και την οικογένειά του να δεχτεί φυσιολογικά την κολοστομία και να καθοδηγήσει την συμπεριφορά τους απέναντι στον ασθενή.

Πρέπει να κατορθώσουμε νανοσηλεύουμε τους καρκινοπαθείς με πίστη ότι είναι δυνατόν να θεραπευθούν, με κατανόηση των φόβων και των ανησυχιών τους, και με πεποίθηση ότι η ασθένεια όσο σκληρή κι αν φαίνεται έχει σκοπό μέσα στην πορεία της ζωής μας.

ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πολύ ελάχιστες είναι οι αρρώστιες που συνδυάζουν τόσο τραγικά, τις καταστροφικές ιδιότητές μιας μακροχρόνιας αρρώστιας, με την κρίση και τα δάκρυα που προκαλεί η ξαφνική εμφάνιση μιας άλλης οξείας αρρώστιας. Ο καρκινοπαθής άρρωστος έχει και τα δύο αυτά χαρακτηριστικά. Γι' αυτό χρειάζεται ν' αντιμετωπισθεί τόσο σαν άρρωστος που παρουσιάζει έντονα θορυβώδη συμπτώματα στο χώρο του νοσοκομείου, όσο και σαν χρόνιος άρρωστος με ανάγκες που μπορούν τουλάχιστον τον περισσότερο χρόνο, να αντιμετωπισθούν στο χώρο που ζει στο σπίτι του.

Η επιστημονική πρόοδος έδωσε σήμερα τη δυνατότητα στον άνθρωπο να καθυστερεί να αναβάλλει το θλιβερό αποτέλεσμα μιας θανατηφόρου αρρώστιας όπως ο καρκίνος, και να ανακουφίζει τον άνθρωπο από πολλά σωματικά συμπτώματα που την συνόδευαν. Είναι ανάγκη όλοι εμείς που εργαζόμαστε για τον άρρωστο να συγκεντώσουμε τις προσπάθειές μας, για την απαραίτητη υποστήριξη και βοήθεια στο άτομο που υποφέρει από καρκίνο και να του προσφέρουμε ολοκληρωμένη φροντίδα σε όλη τη διάρκεια του αγώνα του.

Η πραγματικότητα, σχετικά με την σημερινή οργάνωση και κατανομή των υγειονομικών υπηρεσιών του ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού της χώρας μας καθώς και της νοσηλευτικής εκπαίδευσης δείχνει ότι η πυραμίδα της φροντίδας είναι αντιστρόφως ανάλογη της πυραμίδας των αναγκών. Παρά το γεγονός ότι τα άτομα που βρίσκονται στα νοσοκομεία αντιπροσωπεύουν πολύ μικρό ποσοστό του πληθυσμού της χώρας μας που χρειάζεται υγειονομική περίθαλψη, εν τούτοις αυτά τα άτομα απορροφούν το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Η νοσηλευτική εκπαίδευση τόσο στο θεωρητικό της μέρος όσο και στην κλινική άσκηση επικεντρώνεται στον άρρωστο του νοσοκομείου, αγνοώντας το γεγονός ότι υπάρχει ανάγκη για πρόληψη της αρρώστιας, διατήρηση και παραγωγή της υγείας όλου του πληθυσμού της χώρας. Εκπαιδεύονται οι σπουδαστές-στρίες στην Ογκολογική Νοσηλευτική, μόνο στα Αντικαρκινικά Νοσοκομεία, δεν έχουν την ευκαιρία να φροντίσουν τον καρκινοπαθή στο σπίτι του, να τον βοηθήσουν να παραμείνει στο σπίτι του, να πεθάνει στο σπίτι του.

Ακόμα να συμβάλλουν να προληφθεί ο καρκίνος από τα πρώιμα συμπτώματα του τα οποία οι ίδιοι πρώτα, θα διαπιστώσουν από τις επισκέψεις του αρρώστου στο Κέντρο Υγείας ή της επισκέπτριας στο σπίτι του αρρώστου. Για να μπορέσει όμως ο σπουδαστής -στρία της νοσηλευτικής να έχει αυτόν τον προσανατολισμό προς την υγεία και όχι την αρρώστια πρέπει τα ίδια τα εκπαιδευτικά προγράμματα και οι εκπαιδευτικές ευκαιρίες να βοηθήσουν να τον απαιτήσουν. Πρέπει με την ανάλογη εκπαίδευση να μάθει να μπαίνει με διάκριση και λεπτότητα στη ζωή του ατόμου, με σκοπό να αντιληφθεί τις ιδιαίτερες του ανάγκες, και να διαπιστώσει πως συλλαμβάνει το ίδιο το άτομο τις ανάγκες αυτές και να χρησιμοποιήσει τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα σε συνεργασία και συνεννόηση με το ίδιο το άτομο, το οποίο συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο έχει γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς, χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδικεύσεως. Η ανάγκη της ειδικεύσεως αυτή του νοσηλευτικού προσωπικού δημιουργήθηκε από το γεγονός ότι όλοι αντιλαμβάνονται πως το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει εξειδικευμένες γνώσεις και ανάλογη πείρα στην νοσηλεία του αρρώστου με καρκίνο, ικανοποιεί πολύ μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχολογικών αναγκών του αρρώστου με καρκίνο.

**ΜΕΘΟΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ
ΕΝΤΕΡΟΥ**

Δύο (2) Κλινικές περιπτώσεις

Κλινική περίπτωση 1.

Ξεκινώντας αυτή την εργασία, πίστευα πως θα ήταν πολύ δύσκολο να βρω άτομα με καρκίνο παχέος εντέρου που είχαν χειρουργηθεί και με τα οποία θα μπορούσα να έρθω σε επαφή και να συζητήσω το πρόβλημά τους, τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. Γνωρίζοντας την ψυχολογία του ατόμου που πάσχει από καρκίνο, πίστευα ότι δεν θα έβρισκα ανταπόκριση σε όλες τις ερωτήσεις μου και πως σίγουρα θα δημιουργούσα μεγαλύτερο πρόβλημα μ' αυτές, πράγμα το οποίο ήθελα με κάθε τρόπο να αποφύγω.

Τελικά η συνάντησή μου με τα άτομα αυτά ήταν πολύ εποικοδομητική, αφ' ενός μεν για την συνέχιση της εργασίας μου, αφ' ετέρου δε για την ικανοποίηση και ανακούφιση του ασθενούς που εξέφρασε τον εσωτερικό του κόσμο σε κάποιο άτομο, που ειλικρινά ενδιαφερόταν γι' αυτόν.

Η πρώτη περίπτωση που θα αναφέρω είναι άνδρας ηλικίας 63 ετών, καταγόμενος από την Ζάκυνθο, συνταξιούχος του Ο.Γ.Α. ο οποίος προσήλθε στην Πανεπιστημιακή Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις 10-3-1993. Κοντά του ήταν η γυναίκα του και ο μικρότερος από τους δύο γιούς του, οι οποίοι τον αγαπούν πολύ και θα του συμπαρασταθούν σ' όλη τη διάρκεια της δοκιμασίας του.

Το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς αναφέρει: "Από 20ημέρου διαγνωσμένο Ca ορθού. Ο ασθενής εισάγεται στην κλινική για να χειρουργηθεί. Από μηνός αναφέρει απώλεια αίματος και διάρροιες από το ορθό. Εξωτερικός παθολόγος διέγνωσε μάζα σε βάθος 8 cm

από τον δακτύλιο, ελήφθη βιοψία και ιστολογική εξέταση, η οποία έδειξε αρκετά διαφοροποιημένο αδενοκαρκίνωμα με νευρωτικές αλλοιώσεις και μυϊκό ιστό στο υπόστρωμα".

Το νοσηλευτικό ιστορικό του ασθενούς αναφέρει ότι προσήλθε με τη συνοδεία της συζύγου του και του υιού του και ήταν αρκετά φοβισμένος ανήσυχος και συγχυτικός. Το ατομικό του αναμνηστικό αναφέρει:

1. Λιθίαση στο αριστερό νεφρό από 12ετίας.
2. Παλιό κάταγμα στη λεκάνη και αρθροπλαστική ισχίου δεξιά το 1985.
3. Σπονδυλαρθρίτιδα (αυχενική μοίρα).

Το δε οικογενειακό του αναμνηστικό αναφέρει:

1. Πνευμονία
2. Αρτηριοσκλήρυνση
3. Ca οισοφάγου

Κατά την διάρκεια της κλινικής εξέτασης, που του έγινε ευρέθησαν τα εξής:

ΚΕΦΑΛΗ-ΤΡΑΧΗΛΟΣ : Ελλειψη οδόντων

Τραχηλικοί λεμφαδένες αψηλάφητοι

ΘΩΡΑΚΑΣ : Ακρόαση καρδιάς, φυσιολογική

Ακρόαση πνευμόνων, λίγοι ρεγχάζοντες στη μεσότητα των ημιθωρακίων, υποτρίζοντες στις βάσεις

ΚΟΙΛΙΑ : Μαλακή, ευπίεστη, ανώδυνη, όχι μάζες

ΑΚΡΑ : Φυσιολογικά, ακίνδυνα, ικανοποιητική κινητικότητα αρθρώσεων, ψηλαφητές σφύξεις

ΤΕΛΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Ca ορθού στο 8 cm και χρειάζεται προσθία χαμηλή εκτομή.

Έγινε η εισαγωγή του ασθενούς στην κλινική και ήταν ήρεμος

με ζωτικά σημεία: ΑΠ 135 MMHG - 80 MMHG, αναπνοές 20/MIN. ΣΦ. 73/MIN και ήταν απύρετος. Οι μέρες παραμονής του στο νοσοκομείο ήταν συνολικά 23. Δεν παρουσίασε κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα, αλλά ήταν ήσυχος και απλός άνθρωπος, σύμφωνα με εκτιμήσεις των νοσηλευτών.

Το χειρουργείο του ήταν τακτικό, προγραμματισμένο για τις 17-3-1993, Την προηγούμενη μέρα του χειρουργείου του έγινε βαριούχος υποκλισμός. Την ίδια ημέρα του έγεινε προεγχειρητική ετοιμασία δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην αντισηψία του εντέρου με καθαρτικούς υποκλισμούς και αντιβιοτικά. Στις 17-3-1993 χειρουργήθηκε και παρελήφθη από το χειρουργείο απύρετος, ανήσυχος με ΑΠ 130 MMHG - 75 MMHG και 90 σφύξεις. Παρουσίασε επίσης ευαισθησία στην περιοχή του τραύματος. Ο ασθενής φέρει ορρό, LEVIN και καθετήρα κύστεως.

Η πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή. Του έγινε αναπνευστική γυμναστική, του αφαιρέθηκε το LEVIN και ο καθετήρας FOLLEY και έγινε διακοπή του ορρού. Στις 2-4-1993 του έγινε RD κοιλίας μετά από κατάποση 1/2 φιάλης γαστρογραφίνης και 1/2 ποτήρι βάριο, η οποία έδειξε την καλή διάβαση του εντέρου. Την ίδια μέρα έγινε το εξιτήριο του ασθενούς, ο οποίος βγήκε από το νοσοκομείο πιο ήρεμος, έχοντας την πεποίθηση για την καλύτερευση της υγείας του.

Η κάρτα νοσηλείας του ασθενούς περιελάμβανε τα εξής φάρμακα:

Fraxiparine	1X2
Zantac tb	1X2
Bisolion sir	1X3
Imodium drops	20X3
Ringel 1000ml	1X1

Dextrose 5% 1Xl

Septrin amp. 1Xl

Test ούρων για σάκχαρο και οξόνη, το οποίο ήταν (-).

Ο ασθενής πέρασε μια δοκιμασία, η οποία του δημιούργησε μεγάλο άγχος, φόβο και αγωνία για τη ζωή του. Ο νοσηλευτής ήταν εκείνος που καλύτερα απ' όλους γνώριζε τις ανάγκες, τους φόβους και τα προβλήματα του ασθενούς και έσπευσε στην ικανοποίηση αυτών και στην ανακούφιση του ασθενούς.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>- Η επίγνωση του ασθενούς ότι έχει καρκίνο και η εισαγωγή του στο νοσοκομείο για χειρουργική αντιμετώπιση του δημιουργούν αγχώδη, φόβο και άγχος.</p>	<p>- Απαλλαγή του ασθενούς από τα απαισιόδοξα αισθήματά του όσο το δυνατόν</p>	<p>- Συζήτηση με τον ίδιο τον ασθενή, για να του δοθούν οι απαραίτητες εξηγήσεις.</p> <p>- Συζήτηση και με τους οικείους του, για να βεβαιωθούν ότι όλα θα πάνε καλά.</p>	<p>- Προσεκτική ακρόαση όλων των φόβων και ανησυχιών του ασθενούς χωρίς βιασύνη.</p> <p>- Σαφείς εξηγήσεις για τα ερωτήματά του και διευκρινίσεις για τις παρανοήσεις του.</p> <p>- Σταθερό ενδιαφέρον και ψυχολογική ενίσχυση ασθενούς και συγγενών αυτού.</p> <p>- Ηρεμη στάση του νοσηλευτή ώστε να διατηρεί και ο ασθενής την ίδια στάση ηρεμίας.</p>	<p>- Ο ασθενής ηρέμησε και έπαψε να διακατέχεται από άσχημα συναισθήματα σε μεγάλο βαθμό.</p> <p>- Απέκτησε εμπιστοσύνη και ένιωσε ασφαλής μέσα στο χώρο που βρίσκεται.</p>
<p>-μείωση των δραστηριοτήτων του ασθενούς, καχεξία, εύκολη κόπωση.</p>	<p>- Αύξηση της μετεχειρητικής δραστηριότητας του ασθενούς και κίνηση</p>	<p>-Προτροπή του ασθενούς για δραστηριότητες που του κινούν το ενδιαφέρον.</p> <p>- Απασχόληση του ασθενούς με ο-</p>	<p>- Εκτέλεση διαφόρων δραστηριοτήτων από τον ασθενή, έτσι ώστε και να κινείται και να ξε-</p>	<p>- Αποφυγή δυσάρεστων επιπλοκών της μείωσης δραστηριότητας του ασθενούς.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΕΚΚΟΣΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
του για την αποφυγή κατα- κλίσεων και άλλων δυσάρε- στων επιπλοκών.	- Προσπάθεια αντιμετώ- πισης των συμπτωμάτων ή μείωση αυτών στο ελάχι- στο δυνατό.	τιδήποτε είναι σε θέση να κάνει προκειμένου να πάψει να σκέφτεται την κατάσταση του.	φεύγει από τις σκέ- ψεις του. - Συμπαράσταση και ψυχολογική ενί- σχυση του ασθενούς για να απασχολείται με δραστηριότητες που του κινούν το ενδιαφέρον.	- Ο ασθενής δρα- στηριοποιήθηκε και έπαψε να σκέφτεται διαρκώς την υγεία του.
-Μείωση της άνεσης του ασ- θενούς λόγω των συμπτωμάτων όπως ο πόνος, που εντοπίζεται στο χειρουργικό τραύμα και γύρω απ' αυτό.	- Προσπάθεια αντιμετώ- πισης των συμπτωμάτων ή μείωση αυτών στο ελάχι- στο δυνατό.	- Εξέταση των αιτιών που προκα- λούν τον πόνο. - Ερευνα, εάν εκτός από τον φυσικό πόνο υπάρχουν και άλλοι παράγοντες (φυσικοί, συναισθημα- τικοί, κοινωνικοί) που συμβάλλουν στην επιδείνωση του πόνου. - Ο ασθενής καλείται να μας περιγράψει τον πόνο. - Ο τρόπος που ο νοσηλευτής θα πλησιάσει τον ασθενή συμβάλλει στην μείωση ή αύξηση του πόνου.	- Μείωση των παρα- γόντων του περιβάλλο- ντος που δημιουργούν ένταση στον ασθενή. - Μείωση των συναι- σθηματικών παραγόντων καθώς επίσης και των κοινωνικών που συμβάλ- λουν στη γέννηση και επιδείνωση του πόνου. - Αναπαυτική θέση και επάρκεια ύπνου ασθε- νούς. - Όταν ο πόνος είναι	- Ανακούφιση του ασθενούς από τη μείωση του πόνου. - Αύξηση της άνε- σης του ασθενούς.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

- Αδυναμία
λήψης τροφής
από το στόμα
λόγω της κατά-
στασης του ασ-
θενούς.

- θρέψη του ασθενούς.

- Ευρεση τρόπου τεχνητής διατρο-
φής.

- Προορισμός του μίγματος της
τεχνητής διατροφής.

- Προσδιορισμός του τρόπου χορή-
γησης των μιγμάτων.

εντονότερος τη νύ-
χτα δίνονται κατευ-
ναστικά και υπνωτικά
φάρμακα.

- Ο ασθενής πλησιά-
ζεται πάντα με στοργή
και ενδιαφέρον.

- Τεχνητή διατροφή
με ρινογαστρικό σωλήνα
LEVIN.

- Τα μίγματα της τε-
χνητής διατροφής περιέ-
χουν πρωτεΐνες, υδατάν-
θρακες, λίπη, άλατα,
βιταμίνες και το νερό
που χρειάζεται ο ασθε-
νής.

- χορήγηση μπορεί
να γίνεται σε γεύματα
ή να είναι συνεχής.

- Η θερμοκρασία της
τροφής να είναι $37,5^{\circ}$ -
 38° C.

- Ο ασθενής τρέ-
φεται κανονικά.

- Η εξασφάλιση της
σωστής διατροφής του
ασθενούς, δηλώνει
την διατήρηση του ι-
σοζυγίου των αναγκών
του οργανισμού σε
θερμίδες.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

- Θρεπτικό
ανισοζύγιο (α-
νορεξία, έμ-
μετοι, δυσφα-
γία).

- Διατήρηση επαρκούς
θρέψης του ασθενούς.
- Αποκατάσταση του
θρεπτικού ισοζυγίου του
ασθενούς.

- Έλεγχος των τροφών που ο ασθε-
νής προτιμά.
- Προσπάθεια εξασφάλισης των
σωστών συνθηκών διατροφής.
- Σε αποτυχία των άλλων μέσων,
χρησιμοποίηση τεχνητής διατροφής.

- Η ποσότητα της
φής πρέπει να μετρά-
ται.
- Τα χρησιμοποιούμε-
να αντικείμενα να εί-
ναι καθαρά και ζεστά.
- Στη διάρκεια της
διατροφής ο ασθενής
παίρνει αναπαυτική θέ-
ση.

- Προσπάθεια θρέψης
του ασθενούς με τρο-
φές τις οποίες προτι-
μά.
- Ευχάριστη ατμόσφαι-
ρα και καλοσερβιρισμέ-
νες τροφές.
- Εύγεστες και τροφές
με ευχάριστη οσμή.
- Τεχνητή διατροφή με
LEVIN.

- Επιτεύχθηκε η θρέ-
ψη του ασθενούς.
- Η σωστή θρέψη
τον οδήγησε σε ταχεία
ανάρρωση.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
- Υδατοηλεκ- τρολυτικά και οξεοβασικά α- νισοζύγια.	- Αποκατάσταση των ισο- ζυγίων.	- Προγραμματισμός στη χορήγηση ηλεκτρολυτών παρεντερικά. - Προγραμματισμένη μέτρηση αυτών.	- Κατάλληλη ενυ- δάτωση του ασθενούς. - Παρεντερική χορή- γηση υγρών και ηλε- κτρολυτών. - Προσεκτική μέτρη- ση προσλαμβανομένων αποβαλόμενων υγρών.	- Επίτευξη των α- παιτούμενων ισοζυ- γίων.
- Επιπλοκές τεχνητής διατρο- φής (με LEVIN), όπως διάρροια, ναυτία, έμμετοι, πνευμονία από εισορρόφηση κλπ.	- Πρόληψη των επιπλοκών. - Σε περίπτωση που συμ- βούν, άμεση αντιμετώπισή τους.	- Προσοχή στα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται. - Προσοχή κατά τη διάρκεια της σίτισης του ασθενούς. - Προσδιορισμός του τρόπου σί- τισης, φύλαξης του μίγματος και τοποθέτησης του ασθενούς. - Λήψη μέτρων για πρόληψη ει- σορρόφησης σε περίπτωση εμμέτου.	- Σχολαστικός καθαρι- σμός των χρησιμοποιου- μένων αντικειμένων με- τά από κάθε χρήση. - Λήψη μέτρων για την αποφυγή εισόδου αέρα μέσα στον οισοφά- γο κατά τη σίτιση. - Εξασφάλιση μίγ- ματος μόνο για 24 ώρες και διατήρησή του στο ψυγείο. - Αποφυγή κίνησης του ασθενούς 2-3 H μετά τη σίτιση.	- Τεχνητή διατρο- φή χωρίς επιπλοκές. - Άμεση αντιμετώ- πιση τυχόν επιπλο- κής.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

- Καθαριό-
τητα του εντε-
ρικού σωλήνα
και του σώμα-
τος.

- Διατήρηση του ασθε-
νούς καθαρού και αποφυγή
κακοσμίας.

- Τακτικό πλύσιμο του ασθε-
νούς.

- Περιποίηση του σώματος
της κεφαλής και των ρούχων
του.

- Προσοχή κατά την ούρηση
και αφόδευση.

- Φροντίδα στόματος
και ρωθωνίων.

- Ανάρροπη θέση του
ασθενούς και στροφή
της κεφαλής στο πλάι.

- Χορήγηση 50ml νε-
ρό κάθε 2 h.

- Συχνό μπάνιο επί
κλίνη του ασθενούς,
λούσιμο του τριχωτού
της κεφαλής του και κα-
θαρισμός του, σε κάθε
σημείο του σώματός του.

- Λήψη μέτρων για την
αποφυγή ρύπανσης των
ρούχων του κατά την
ούρηση και την αφόδευ-
ση.

- Συχνή αλλαγή των
ρούχων και των κλινο-
σκεπασμάτων του, ώστε
να είναι πάντα καθαρός.

- Ο ασθενής αφού
είναι καθαρός, νιώ-
θει άνετος και ασφα-
λής.

- Η καθαριότητα του
έκανε να νιώσει ευ-
διάθετος και πιο
χαρούμενος.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
- Ο ασθενής είναι χρόνιος καπνιστής.	- Ο ασθενής πρέπει να συνειδητοποιήσει την ανάγκη να κόψει τελείως το τσιγάρο ή να το ελαττώσει όσο μπορεί.	<ul style="list-style-type: none"> - Διάλογος του ασθενούς με το νοσηλεύτη. - Διάλογος με τους οικείους του ασθενούς ώστε να πεισθούν και αυτοί. - Χρησιμοποίηση επιχειρημάτων σωστών και ενημερωτικών φυλλάδιων. - Επίδειξη παραδειγμάτων προς μίμηση και άλλων προς αποφυγή. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο νοσηλεύτης εξηγεί στον ασθενή τους λόγους για τους οποίους επιβάλλεται η διακοπή του καπνίσματος, καθώς και τους κινδύνους που εγκυμονεί η συνέχισή του. - Εξηγεί επίσης στους οικείους του ασθενούς πως πρέπει και αυτοί να προσπαθήσουν να τον πείσουν με τον τρόπο τους. - Χρησιμοποιεί ενημερωτικά φυλλάδια που θα γίνουν κατανοητά από τον ασθενή, καθώς και επιχειρήματα που δεν θα αμφισβητηθούν από τον ασθενή. - Μπορεί ακόμα ο νοσηλεύτης να επιδείξει 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής συνειδητοποίησε τον κίνδυνο του καπνίσματος και κατέβαλε προσπάθειες να το ελαττώσει. - Στο τέλος κατέφερε με τη θέλησή του να το κόψει τελείως.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

- Θυμός απέ-
ναντι στην οι-
κογένειά του
και στα μέλη
της ομάδας
υγείας.

- Παύση του θυμού.
- Ψυχική ηρεμία του
ασθενούς.

- Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί
όλα τα συναισθηματικά προσόντα
που διαθέτει.
- Διαλέγεται με τον ασθενή,
δεν τον απομακρύνει.
- Τον ωθεί να δει την πραγμα-
τικότητα.

διάφορα παραδείγματα
στον ασθενή ώστε να
τον παρακινήσει στη
σωστή απόφαση.

- Αντιμετώπιση του
ασθενούς με ανθρωπι-
σμό συμπόνια και
στοργή.
- Συζήτηση και διάλο-
γος μαζί του ώστε να
κατανοήσει ότι η απαι-
τητική συμπεριφορά και
ο θυμός ούτε ενδείκνυ-
ται στην κατάστασή του.
- Ψυχολογική ενίσχυση
του ανθρώπου-ασθενούς
να αντιμετωπίσει ρεα-
λιστικά την κατάσταση
του.

- Ο ασθενής ξεπερά-
σε το θυμό και την α-
παιτητική συμπεριφορά.
- Ενωσε ότι όλοι θέ-
λουν να τον βοηθήσουν.

- Αισθήματα
λύπης και απελ-
σίας για το φό-

- Απαλλαγή του α-
σθενούς από τη σκέψη
του θανάτου.

- Υποστήριξη του ασθενούς ότι
όλα θα πάνε καλά.
- Στροφή του σε νέα ενδιαφέρο-

- Ψυχολογική ενίσχυση
του ασθενούς ώστε να
έχει ελπίδα και αισιο-

- Ο ασθενής απέκτη-
σε ελπίδα και αισιο-
δοξία και δεν φοβά-

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
βο του επικείμενου θανάτου (φόβος για τη μετέπειτα τύχη της οικογένειάς του).	- Εμφύσηση ελπίδας για τη συνέχιση της ζωής, πλάϊ στην αγαπημένη του οικογένεια.	να, που θα τον απαλλάξουν από άσχημες σκέψεις. - Πρέπει πάντα να έχει βαθιά πίστη στο θεό.	δοξία για τη ζωή. Πρέπει ο νοσηλεύτης να του εμφυσησει το αίσθημα της ελπίδας και να του καθησυχάσει για την τύχη της οικογένειάς του. - Πρέπει ο ασθενής να πάψει να απελικίζεται, ύστερα από τη δική μας προτροπή. - Στροφή της προσοχής του ασθενούς σε νέα ενδιαφέροντα και διαρκής απασχόλησή του, η οποία δεν θα του αφήνει περιθώρια άσχημων σκέψεων. - Πρέπει να μάθει ο ασθενής να έχει βαθιά πίστη στο θεό και να ελπίζει, αν βέβαια δεν είναι από την φύ-	ται πια το θάνατο. - Επαψε να ανησυχεί για την οικογένειά του, ξέροντας ότι ο θεός φροντίζει για όλους τους χριστιανούς.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΛΕΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

ση του πιστός Χρι-
στιανός.

- Πρέπει να μάθει
να έχει σαν όπλα του
την πίστη και την
ελπίδα.

Κλινική περίπτωση 2

Στην Κρατική χειρουργική κλινική του νοσοκομείου Πατρών, εισήχθη κυρία 50 ετών απ' την Πάτρα με τα εξής βασικά συμπτώματα : Αποβολή σκούρου κόκκινου αίματος από το ορθό και καταβολή δυνάμεων.

Το πρόβλημα αρχίζει από δεκαετίας με φουσκώματα, αέρια, τεινεσμό και αποβολή μικρής ποσότητας κόκκινου αίματος με την αφόδευση. Ένας γιατρός παθολόγος, της είπε ότι είχε κολίτιδα, αλλά επειδή τα συμπτώματα συνεχίζονταν πήγε σε άλλο γιατρό, έκανε βαριούχο υποκλιισμό και της είπε ότι έχει ελκώδη κολίτιδα. Στη συνέχεια πήγε σ' ένα γιατρό στην Αθήνα που δε συμφώνησε με τη διάγνωση ελκώδη κολίτιδα και πρότεινε ορθοσκόπηση. Έκανε την ορθοσκόπηση στο "Υγεία" όπου βρήκαν πολύποδα, τον αφαίρεσαν, πήραν βιοψία και ήταν αρνητική. Τρία χρόνια μετά, άρχισε να βλέπει κόκκινο αίμα στα κόπρανα και αποφάσισε, τρία χρόνια πριν την τωρινή της εισαγωγή της να εξετασθεί. Ο γιατρός που πήγε της συνέστησε βαριούχο υποκλιισμό και ορθοσκόπηση που βγήκαν αρνητικά. Τα τελευταία χρόνια άλλαξαν οι συνήθειες του εντέρου και είχε κάθε πρωί μια φυσιολογική κένωση με 3-4 κενώσεις ρευστές την υπόλοιπη ημέρα, καθώς επίσης φούσκωμα, τεινεσμό και μικρό πόνο που περνούσε με την αφόδευση. Τους τελευταίους 6-7 μήνες είχε αποβολή κόκκινου σκούρου αίματος με αέρια ανεξάρτητα απ' τις κενώσεις μικρής ποσότητας, αλλά πολλές φορές την ημέρα, έντονη αδυναμία, που την ανησύχησαν και ήρθε στο νοσοκομείο. Δεν αναφέρει ανορεξία ή απώλεια βάρους. Αντίθετα αναφέρει αύξηση βάρους.

Ατομικό αναμνηστικό, κάπνισμα 1-1 1/2 πακέτο την ημέρα. Δεν πίνει.

Επίσης ανέφερε ότι είχε αιμορροΐδες στην εγκυμοσύνη.

Οικογενειακό αναμνηστικό : Ο πατέρας της πέθανε από καρδιακή ανακοπή και η μητέρα της από Ca ήπατος.

Η Γενική αίματος έχει τις εξής τιμές :

Αιματοκρίτης 35%

ΤΚΕ 138

Ερυθρά 1.500

Λευκά 6.400

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
- Αιμορραγία από το ορθό που είναι σύμπτωμα της νόσου αυτής.	- Αναπλήρωση των υγρών που χάνει ο άρρωστος και πρόληψη αφυδάτωσης.	- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. - Λήψη ζωτικών σημείων και παρακολούθηση του δέρματος.	- Χορήγηση φυσιολογικού ορού 2Χ1 εμπλουτισμένου με μια αμπούλα κάλιο και μια νάτριο. - Λήψη των ζωτικών της σημείων. - Παρακολούθηση του δέρματος για αφυδάτωση.	- Ισοζύγιο προσλαμβανόμενων αποβαλλόμενων υγρών. - Κατά τη λήψη των ζωτικών σημείων παρατήρησα μια μικρή ταχυσφυγμία και υπόταση που οφείλεται στην αιμορραγία. - Δεν παρατήρησα ξηρότητα δέρματος επειδή αναπληρώνονται τα υγρά που χάνονται.
- Καταβολή δυνάμεων που είναι επακόλουθο της αναιμίας.	- Μείωση του αισθήματος κόπωσης.	- Μείωση των δραστηριοτήτων της άρρωστης.	- Αποφυγή καταβολής προσπάθειας απ' την άρρωστη για ορισμένες ενέργειες.	- Υποχώρηση του αισθήματος κόπωσης λόγω της μείωσης των δραστηριοτήτων της άρρωστης.
- Προετοιμασία για την ορθοσκόπηση.	- Σωστή ψυχολογική και σωματική προετοιμασία της άρρωστης για την ορθοσκόπηση.	- Ψυχολογική υποστήριξη της άρρωστης. - Σωματική προετοιμασία.	- Ενημέρωση της άρρωστης για το είδος της εξέτασης και για τον τρόπο εκτέλεσής	- Η άρρωστη ήταν ήρεμη πριν την ορθοσκόπηση επειδή είχε ενημερωθεί για τον

I
∞
∞
I

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

της.

- Αποφυγή απ' το φαγητό 10 ώρες πριν την εξέταση.

- Εκτέλεση καθαρο-επιπέυχθης το βράδυ της πρώτης ημέρας και το πρωί της δεύτερης.

τρόπο εκτέλεσής της.

- Με τη δίαιτα που ακολούθησε η άρρωστη και με τους καθαρικούς υποκλυσμούς επιτεύχθηκε καθαριότητα του εντέρου. Το αποτέλεσμα της ορθοσκοπησης ήταν Ca ορθού.

- Άγχος.

- Εξασφάλιση της ηρεμίας της άρρωστης.

- Επαφή με την άρρωστη.

- Συζήτηση με την άρρωστη και ψυχολογική υποστήριξη λέγοντας της ότι όλα τα μέλη της ομάδας συνεργάζονται για τη βελτίωση της υγείας της. Συζήτηση με την άρρωστη και κατανόηση των προβλημάτων της.

- Η ασθενής ήταν ήρεμη εξαιτίας της ψυχολογικής υποστήριξης που της έκανα.

- Γενική προεγχειρητι-

- Σωστή ψυχολογική προετοιμασία της αρρώστου.

- Ηθική τόνωση της ασθενούς.

- Ενημέρωση της άρρωστης για την επέμ-

- Η ασθενής ήταν αρ-
κετά ήρεμη πριν πάει

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

- Τοποθέτηση
της άρρωστης
στο κρεβάτι
μετά τη χει-
ρουργική επέμ-

- Κατάλληλη θέση.
- Απονάρκωση.
- Παρακολούθηση μετεγ-
χειρητικών επιπλοκών.

- Θέση ύπτια με το κεφάλι στο
πλάϊ (από την πλευρά του κομοδί-
νου) χωρίς μαξιλάρι.

βαση που θα γίνει.
- Διαβεβαίωση ότι
όλοι θα πάνε καλά
επειδή η επιστήμη
έχει προοδεύσει
πολύ σήμερα.
- Κατανόηση των
προβλημάτων της
και προσπάθεια για
την επίλυσή τους.

- Η ασθενής τοπο-
θετήθηκε μετά το
χειρουργείο στο
κρεβάτι σε ύπτια
θέση. Το μαξιλάρι
υπήρχε στην πάνω
πλευρά του κρεβα-
τιού για προφύλα-
ξη της ασθενούς
από τυχόν διεγέρ-
σεις.

στο χειρουργείο ε-
πειδή είχε ενημερω-
θεί για την επέμβαση.

- Αποφυγή εισρόφησης
εμεσμάτων.
- Η θέση αυτή προκα-
λεί χαλάρωση των μυών
και επιτρέπει την λει-
τουργία των παροχетеύ-
σεων που είχε από το
χειρουργείο.
- Επίσης χωρίς το μα-
ξιλάρι υπήρξε ταχύτερη
αποβολή του ναρκωτικού.
Μετά από 3 ώρες ξύπνη-
σε η ασθενής.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
- Παρακολούθη- ση για μετεγχει- ρητικές επιπλο- κές.	- Πρόληψη μετεγχειρητι- κών επιπλοκών.	- Έλεγχος ζωτικών σημείων.	- Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων από τη στιγμή που η ασθενής ήρθε από το χειρουργείο.	- Η ασθενής την η- μέρα της εγχείρησης δεν παρουσίασε κά- ποιο σοβαρό πρόβλημα.
- Πόνος (από την ένταση της ασθενούς και από την επέμβαση).	- Βεβαίωση του πόνου.	- Χορήγηση ισχυρού αναλγητικού.	- Δόθηκε: 1/2 AL- GAPHAN την ημέρα της εγχείρησης α- φότου έγινε η ανά- ννηση. Την 3η μετεγχειρη- τική ημέρα τα κοι- λιακά άλγη ελατ- τώθηκαν. Αντιμε- τωπίζονται με τα πόδια προς την κοιλιά για χαλάρω- ση των μυών και χορήγηση αναλγη- τικών.	- Μυϊκή χαλάρωση, καταστολή του πόνου και πρόκληση πόνου στην άρθρωση. - Μ' αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η μείω- ση της έντασης του πόνου. Ο πόνος την 10η ημέρα υποχώρησε αισθητά. Απόδειξη για καλή επούλωση τραύμα- τος.
- Πυρετός 38,8 ⁰ C (την	- Ρύθμιση της θερμο- κρασίας του σώματος.	- Χορήγηση αντιπυρετικού για τη μείωση του πυρετού.	- Η θερμοκρασία γράφεται σε διά-	- Συνεχής ενημέρωση του γιατρού.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
2η μετεγχειρητική ημέρα).		<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως. - Ούρα για καλλιέργεια. 	<ul style="list-style-type: none"> γραμμα τρίωρης πα- ρακολούθησης. - Δόθηκε 1 DEPON από το στόμα. - Η ασθενής από το χειρουργείο είχε ορ- ρό. Παίρνει SODIUM CLORIDE 9% των 1000 cc. - Πάρθηκαν ούρα για καλλιέργεια. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μειώθηκε ο πυρε- τός. - Πλήρη ελάτωση της άρρωστης και α- ποφυγή αφυδάτωσης. - Η καλλιέργεια ήταν θετική για GRAM (-).
- Ουρολοίμωξη	<ul style="list-style-type: none"> - Αντιμετώπιση ουρο- λοίμωξης λόγω μόλυνσης από την ουροθεραπεία. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιβίωσης με σύστα- ση του γιατρού. - Η αντιβίωση θα πρέπει να δο- θεί για 10 ημέρες. 	<ul style="list-style-type: none"> - Δόθηκε SEPTRIN και FIBRAENTYL. - Η αντιβίωση δί- νεται συνεχώς για 10 ημέρες. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο πυρετός συνεχίζε- ται την 4η, 5η, 6η μετεγχειρητική μέρα.
- Πυρετός (7η μετεγχειρητική ημέρα, η ασθενής απύρετη).	<ul style="list-style-type: none"> - Ρύθμιση της θερμοκρα- σίας του σώματος. 	<ul style="list-style-type: none"> - Συνεχίζεται η αντιβίωση από το στόμα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Δίνεται SEPTRIN και FIBRAENTYL. - Δόθηκε η αντι- βίωση μέχρι την 10η ημέρα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Είναι ευρέως φάσ- ματος αντιβιοτικά. - Την 9η, 10η και 11η ο πυρετός 37,2⁰C 12η και 13η η ασθενής απύρετη.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
- Δίψα.	- Αντιμετώπιση της δίψας λόγω της ξηρότητας του βλεννογόνου που προκαλείται από την ατροπίνη η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις και λόγω της απώλειας υγρών του οργανισμού (αίμα ιδρώτας, έμετοι).	- Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με ύγραση των χειλιών με PORT-COTTON βουτηγμένο σε κρύο νερό. - Χορήγηση ορού.	- Γίνεται τις 2 πρώτες ημέρες ύγρασης των χειλιών με PORT-COTTON. Την 3η ημέρα πήρε νερό από το στόμα σε μικρή ποσότητα. - Χορήγηση υγρών παρεντερικώς 2X1 με SODIUM CHLORIDE 0,9% 1000 cc και DEX 5% 1000cc. - Δόθηκε ορός μέχρι την 8η μετεγχειρητική ημέρα. Η ασθενής έπειτα έπαιρνε τροφή από το στόμα.	- Μείωση του αισθήματος της δίψας. Επίσης καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας για την πρόληψη στοματίτιδας. - Πρόληψη αφυδάτωσης και αναπλήρωση υγρών που έχασε. Προαγωγή της θρέψης.
- Εμετος (μετεγχειρητικά).	- Πρόληψη εισρόφησης και καταστολής του εμέτου.	- Κατάλληλη θέση. - Πλύση στόματος. - Χορήγηση αντιεμετικού σκευάσματος.	- Τοποθέτηση κεφαλής στο πλάϊ με ένα νεφροειδές. - Μετά τον έμετο πλύση του στόματος.	- Δεν έγινε εισρόφηση. - Πρόληψη επιπρόσθετου εμέτου. - Σταμάτησε ο έμε-

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΛΕΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

- Παροχέτευ-
σεις.

- Έλεγχος παροχέτευ-
σεων.

- Αλλαγή παροχέτευσης βάζοντας
1 κόχερ στο σωλήνα και αλλάζο-
τον συλλέκτη.

- Δόθηκε 1 AMP
PRIMPERAN στον ορρό.

τος και η τάση για
έμετο.

- Ισοζύγιο υ-
γρών.

- Έλεγχος προσλαμβα-
νόμενων αποβαλλόμενων
υγρών.

- Χορήγηση υγρών παρεντερικώς.

- Χορήγηση την 1η
ημέρα 2X1 SODIUM
CLORIDE 0,9% 1000
cc και DEX 5% των
1000cc 30 σταγ/MIN.

- Πρόληψη αφυδάτωσης.

- Προαγωγή θρέψης.

- Υπήρξε ισοζύγιο υ-
γρών διότι από τα προ-
προσλαμβανόμενα υγρά

- Δόθηκε επίσης μια
φιάλη αίμα.

2500cc υπήρξαν αποβαλ-
λόμενα 2350cc ιδρώτας
και εκκρίσεις από την
παροχέτευση.

- Την 2η ημέρα
SODIUM CLORIDE με
εμπλουτισμό ηλε-
κτρολυτών.

- Οι μετρήσεις και
τις επόμενες ημέρες
ήταν ικανοποιητικές.

- Την 3η ημέρα DEX
5% με βιταμίνες. Ε-
ναλλάξ συνεχίστηκε

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΛΕΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

			η χορήγηση έως και την 8η ημέρα. - Καθημερινή μέ- τρηση των αποβαλ- λόμενων ούρων.	
- Αφυδάτωση.	- Πρόληψη.	- Παρακολούθηση του χρώματος και δέρματος της άρρωστης.	- Δεν υπήρξε ξηρό- τητα δέρματος και και βλεννογόνων και το χρώμα του δέρματος κανονικό. - Δόθηκαν υγρά πα- ρεντερικώς.	- Δεν υπήρξε πρόβλη- μα.
- Διατήρηση επαρκούς θρέψης.	- Διατήρηση ασθενούς σε φυσική κα- τάσταση.	- Χορήγηση ορρού, αίματος και κα- τόπιν υδαρούς τροφής.	- Την 1η μετεγχει- ρητική ημέρα δόθηκε 1 φιάλη αίμα. - Δόθηκε στην άρ- ρωστη για 8 ημέρες ορρός. Μετά την διακοπή δόθηκε υ- δαρή τροφή ENSURE (θερμίδες): περιέ- χει πρωτεΐνες, υ-	- Αύξηση του Ht. - Δεν υπήρξε πρό- βλημα θερμιδικών αναγκών.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

- Θρομβοφλε-
βίτιδα.

- Παρακολούθηση για
θρομβοφλεβίτιδα.

- Έλεγχος για πυρετό και οίδημα.
- Πόνος (στην περιοχή του αποφραχ-
θέντος αγγείου) συνήθως στην περιο-
χή του μηρού.

δατάνθρακες και
βιταμίνες.
- Την 16η ημέρα
άρχισε να παίρνει
σούπες και έπειτα
τροφές πλούσιες σε
σίδηρο.

- Η θερμοκρασία ήταν
αυξημένη λόγω της ου-
ρολοιμωξη η οποία
και αντιμετωπίσθηκε.
- Δεν υπήρχε οίδημα
ούτε πόνος.

- Δεν υπήρχε πρό-
βλημα θρομβοφλε-
βίτιδας.

- Αιμορραγία.

- Παρακολούθηση του
τραύματος.

- Έλεγχος για:
α) Ευπύεστο, γρήγορο, νηματοειδή
σφυγμό.
β) Πρόσωπο και άκρα ψυχρά.
γ) Ωχρότητα δέρματος.
δ) Πτώση θερμοκρασίας και αρτηρια-
κής πίεσης.
ε) Εφίδρωση.
στ) Αναπνοή βαθιά και ασθμαίνουσα.

- Υπήρξαν αύξηση θερ-
μοκρασίας και επιδρώ-
σεως λόγω ουρολοιμω-
ξης.
- Σφυγμός κανονικός.
- Πρόσωπο και άκρα
ζεστά.
- υσιολογική χροιά
δέρματος.

- Γινόταν έλεγχος
ζωτικών σημείων κα-
θημερινά.

- Ο ασθενής εκτός
από τον πυρετό δεν
παρουσίασε κάποιο
άλλο πρόβλημα έν-
δειξη αιμορραγίας.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

- Πρόληψη
εξαπλώσεως του
καρκίνου.

- Επικοινωνία με την ασ-
θενή και ευαίσθητοποίηση
της σχετικά με το τι θα
πρέπει να προσέξει.

ζ) Ανησυχία.

η) Εμφάνιση αίματος σε εξωτερική
αιμορραγία.

- Οδηγίες στην ασθενή πριν από
την έξοδό της.

- Δεν υπάρχει αίμα
στην εξωτερική πλευρά
του τραύματος.

- Να γίνονται συχνές
αιματολογικές εξετά-
σεις για έλεγχο αναι-
μίας.

- Ανοσολογικές εξε-
τάσεις CEA. Το CEA
είναι αυξημένο στην
ύπαρξη Ca.

- Η τροφή να είναι
πλούσια σε λευκώματα,
υδατάνθρακες.

- Μια φορά το χρόνο
να γίνεται ορθοσκόπη-
ση.

- Να ενημερώσει α-
μέσως το γιατρό σε ο-
ποιαδήποτε αλλαγή
της κενώσεως του ε-
ντέρου.

- Η ασθενής στην
αρχή είχε φόβο. Στο
τέλος με επιχειρή-
ματα ότι το να ανι-
χνεύσεις κάτι στα
αρχικά στάδια βοηθά
στην πρόληψη εξαπλώ-
σης του Ca δέχτηκε
να έρχεται για έλεγχο.
Επίσης της έμα-
θα έναν απλό τρόπο
ανίχνευσης αίματος
στα κόπρανα με HE-
MATTEST.

- Ευχήθηκα ο' αυτήν
καλή ανάρρωση και
είχα την υπόσχεση
ότι θα γινόταν συ-
χνός έλεγχος.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Από όλα αυτά τα στοιχεία που έχω στην εργασία μου πάνω σε μια τόσο σοβαρή αρρώστια, όπως είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου, καταλαβαίνουμε πόσο μεγάλη σημασία έχει στην εποχή μας οι Νοσηλευτές/τριες που φροντίζουν αρρώστους με καρκίνο, να εκσυγχρονίζουν συνεχώς τους και να αναπτύξουν ειδικές δεξιότητες σχετικά με την πρόληψη, ανίχνευση, διάγνωση, θεραπεία, νοσηλευτική φροντίδα και αποκατάσταση αρρώστων με καρκίνο. Στην αύξηση των γνώσεων και στην καλλιέργεια νοσηλευτικών δεξιοτήτων συντελεί μεταξύ άλλων η νοσηλευτική έρευνα, η διάδοση των ερευνητικών πορισμάτων καθώς και η χρησιμοποίησή τους στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη.

Με περισσότερη οργάνωση, μελέτη, εκπαίδευση, με πιο μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση και υψηλοφροσύνη στον τομέα "άνθρωπος" ή πιο καλά στον τομέα "πάσχοντας συνάνθρωπος" ο Νοσηλευτής/τρια επιτελεί σε σημαντικό βαθμό το ηθικό καθήκον του τόσο έναντι του αρρώστου όσο και έναντι του υψηλού λειτουργήματός του.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ. : "Χημειοθεραπεία σε περιπτώσεις καρκινοπαθών" Ιατρική Επιθεώρηση, τόμος 19ος, τεύχος 3, Διμηνιαία έκδοση Ε. Δυνάμεων, Αθήνα Μάιος - Ιούνιος 1985..

ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ Ν. : "Συνοπτική Γενική Χειρουργική, Εκδόσεις Επτάλοφος, Αθήνα 1987.

ΒΕΛΟΝΑΚΗΣ Μ. : "Περιβάλλον εργασίας και καρκίνος" Πρακτικά 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ογκολογίας, Αθήνα 1985.

ΓΑΛΗΝΟΣ Π. : "Κλινική ταξινόμηση και προεγχειρητική πρόγνωση του καρκίνου του ορθού", έτος 25ον, τεύχος 1, Επιστημονικές εκδόσεις Παπαγεωργίου Π. Αθήνα Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1983.

ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ. : "Ειδική Νοσολογία" έκδοση 3η, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981.

ΔΕΡΒΙΡΗ Χ. : "Ο ρόλος του επισκέπτη υγείας στην πρόληψη του καρκίνου", "Πανελλήνιο συνέδριο Ογκολογίας", έκδοση 1η, Αθήνα 1985.

ΔΙΒΟΛΗΣ Α. : "Καρκίνος και ενημέρωση αρρώστου" Πρακτικά 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ογκολογίας, Αθήνα 1985.

ΚΑΛΑΧΑΝΗΣ Ν.Γ. : "Παχύ έντερο και χειρουργική" Τόμος Β', Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδου Π. Αθήνα 1987.

ΚΑΝΔΡΕΒΙΩΤΗΣ Ν. : "Νεοπλάσματα στο πλαίσιο της γενικής παθολογίας και παθολογικής ανατομικής" τόμος 3ος, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1983.

ΚΑΤΡΑΚΗΣ Γ. ΤΟΥ Α. : Υφηγητή της Ακτινολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, "Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση διαφυγή από τον καρκίνο" Ελληνική εταιρεία προληπτικής ιατρικής, Βιβλίο δεύτερο, τεύχος 1, Αθήνα 1980.

- ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Ε.** : "Η εκπαίδευση της νοσηλεύτριας στην ογκολογική νοσηλευτική" Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας, Έκδοση πρώτη, Αθήνα 1985.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.** : "Γενική Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική" ΤΟΜΟΙ Α,Β, Έκδοση 9η, Έκδοση Ιεραποστολικής ενώσεως αδελφών νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα 1987.
- ΜΠΑΛΑΣ** : "Χειρουργική" Τόμος Β', Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης Αθήνα 1987.
- ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ Σ.** : "Φροντίδα κολοστομίας και αποκατάσταση" Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1989.
- ΜΠΟΤΟΝΑΚΗΣ Γ.** : "Καρκίνος και τρόπος ζωής" Πρακτικά 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ογκολογίας, Αθήνα 1985.
- ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ι.Δ., ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Γ.Α.** : "Αρχές Γενικής Χειρουργικής" Τόμος Α' και Β' , Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1989.
- ΠΙΣΙΩΤΗΣ Π.** : "Κλινική Ογκολογία" Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, Έκδοση 1η, Αθήνα 1981.
- ΡΑΖΗΣ Δ.** : "Ασυμπτωματική διάγνωση", "Κλινική Ογκολογία", Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας με τη συνεργασία ελλήνων ειδικών και της U.I.C.C. Έκδοση 1η, Αθήνα 1981.
- READ E. ALAM, BARRITT D.W., HEWER LANCTON R.** : "Σύγχρονη Παθολογία" Μετάφραση, Επιμέλεια Νουτσόπουλος Χ., Έκδοση 2η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.
- ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ Β., ΟΙΚΟΝΟΜΑΚΟΣ Γ., ΜΩΥΣΗΣ Ι., ΧΑΡΩΝΗΣ Κ.** : "Καρκίνος παχέος εντέρου" Ελληνική Χειρουργική, Τόμος 24ος, Τεύχος 5. Αθήνα 1982.
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α., ΠΑΝΟΥ Μ.** : "Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική" Τόμος Β' μέρος 2ο, πρωτότυπη έκδοση, εκδόσεις ΒΗΤΑ MEDICAL ARIS, Αθήνα 1985.

ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α. : "Διατροφή και καρκίνος" Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας, Εκδοση Δ.Σ.Ε.Ο.Π.Ε., Αθήνα Οκτώμβριος 1988.

ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. : "Επιδημιολογία κακοήθων νεοπλασιών" Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας, Εκδοση Δ.Ι.Ε.Ο.Π.Ε., Αθήνα Οκτώμβριος 1988.

ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. : "Επιδημιολογία - αρχές μέθοδοι - εφαρμογές", Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1982.

ΤΣΑΒΑΡΗΣ Ν., ΚΟΣΜΙΔΗΣ Π. : "Χημειοθεραπεία καρκίνου παχέος εντέρου" Ελληνική Ογκολογία, τόμος 25ος, τεύχος 3, Εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1989.